

Betydningen av Symptombildet ved Ekte Schizofrenier og Schizofreniforme Psykoser: Gjensyn med Langfeldt

Bo Christer Wik



Hovedoppgave, Profesjonstudiet i Psykologi

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober, 2012

Sammendrag

Forfatter: Bo Christer Wik

Tittel: Betydningen av Symptombildet ved Ekte Schizofrenier og Schizofreniforme Psykoser: Gjensyn med Langfeldt.

Veileder: Bjørn Rishovd Rund

Gabriel Langfeldt hevdet i 1937, ut fra symptombildet i akutfasen, å kunne differensiere schizofreniene i en gruppe bestående av kjerne-schizofrenier med dårlig prognose og en mindre gruppe schizofreni-aktige tilstander med stor sannsynlighet for spontan remisjon. Han beskrev tilstandsbildene som Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser. Disse kliniske konstruktene blir vurdert og diskutert i oppgaven. Det blir belyst mot hvilket psykopatologiske bakteppe konstruktene ble utviklet. Langfeldts vektlegging av depersonalisasjon som et sentralt symptom ved Ekte Schizofreni diskuteres. Hans depersonalisasjonsbegrep vurderes å være for svakt definert, for inkluderende og uten nødvendige avgrensninger overfor andre fenomener, men også å beskrive fenomenologisk viktige aspekter ved schizofreni. Det blir vist at det foreligger en kontinuitet fra Langfeldts arbeider til nyere norsk begrepsbruk om depersonalisasjon og schizofreni. Langfeldts schizofreniforme kasi blir i oppgaven tentativt rediagnostisert i henhold til DSM-IV. Rediagnostiseringen indikerer at disse kasi utgjorde en heterogen samling tilstandsbilder, hvorav de fleste var affektive forstyrrelser. Det blir derfor konkludert med at Langfeldt med de Schizofreniforme Psykoser ikke beskrev et schizofreni-aktig klinisk syndrom med god prognose. Selv om Langfeldts kliniske konstrukter ikke har tålt tidens tann påviste han med sitt arbeid at psykotiske pasienter som var vurdert å ha dårlig prognose likevel hadde remisjon. Dette skapte erkjennelse for at remisjon forekommer i pasientgrupper hvor dette ikke er forventet. Han tydeliggjorde også viktigheten av differensiert konseptualisering for psykotiske pasienter med et sannsynlig remisjonspotensiale fra de med betydelig risiko for et kronisk forløp, og belyste med dette problemstillinger som stadig er dagsaktuelle.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
1.1 Schizofreniene: Heterogenitet i Symptombilde og Forløp	1
1.2 Problemstillinger	3
1.3 Metode	4
1.4 Avgrensninger	5
1.5 Begrunnelse for Oppgaven	6
2.0 Begrepsavklaringer	7
3.0 Gabriel Langfeldt og « <i>The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease</i> »	13
4.0 Det psykopatologiske bakteppet og Langfeldts alternativ	17
4.1 Forløperne og Langfeldts entrè	17
4.2 Den særnorske begrepsbruken	22
5.0 Depersonalisasjon som symptom ved Ekte Schizofreni	25
5.1 Depersonalisasjon før og nå	25
5.2 Depersonalisasjonsbegrepets norske kontinuitet	27
5.3 Langfeldts depersonalisasjonsbegrep	29
5.4 Var Langfeldts depersonalisasjon et feilspor eller på sporet av det kjerneschizofrene?	32
6.0 De Schizofreniforme Psykoser	37
6.1 De Schizofreniforme Psykoser i moderne tapning	38

6.2 Langfeldts Schizofreniforme Psykoser	40
6.3 Langfeldts Schizofreniforme kasi: Var de schizofreni-aktige?	42
7.0 Avslutning.....	54
Referanser.....	56

Betydningen av Symptombildet ved Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser: Gjensyn med Langfeldt

1.0 Innledning

1.1 Schizofreniene: heterogenitet i symptombilde og forløp

Schizofreni i sine mange uttrykk kan hevdes å være både den kategorien mentale lidelser som i størst grad har vist seg problematisk å gi en presis definisjon, samt å være psykopatologiens fremste eksempel på heterogene kliniske manifestasjoner innenfor en klinisk kategori. Denne heterogeniteten i kliniske uttrykk har vært velkjent siden schizofrenibegrepets opprinnelse. Allerede Bleuler (1911/1950) beskrev i begynnelsen av forrige århundre *«die Gruppe der Schizophrenien»*, og understreket med det at når han introduserte schizofreni som sykdomsbegrep var dette ment å favne et bredt spekter av tilstandsbilder. Forsøk på å håndtere denne heterogeniteten i kliniske uttrykk, og gjennom det beskrive schizofreni og tilgrensende lidelser, har resultert i introduksjon av ulike begreper. Noen av de mest innflytelsesrike konseptualiseringer, slik som inndelingen i kategoriske subgrupper av schizofreni (Kraepelin, 1909/1919), første-rangs-symptomer (Schneider, 1959, gjengitt etter Oyebode, 2008), den positive-negative symptom dikotomien (Strauss, Carpenter & Bartko, 1974; Crow, 1985) eller Schizofreniforme Psykoser (Langfeldt, 1937), er gjenspeilet i dagens diagnostiske systemer (WHO, 1992; APA, 1994). Selv om det ikke er noen bred konsensus om hva som er de essensielle kriteriene for schizofreni (Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009), er det konsensus om at lidelsen innebærer karakteristiske forstyrrelser av mentale funksjoner. Det er for eksempel bred enighet om at lidelsen medfører symptomer som meningsfullt kan beskrives innenfor en positiv / negativ dikotomi, og at såkalte førsterangssymptomer er hyppig forekommende. Symptomene har dog begrenset spesifisitet, i betydningen at hvert enkelt av dem forekommer hos noen, men ikke alle med schizofreni på et gitt tidspunkt og at de også forekommer ved andre lidelser. Ingen av disse er patognomiske for en schizofrenidiagnose. Symptomene forekommer i varierende grad hos mennesker med schizofreni, og symptomene vil ha ulikt innhold og utforming ved ulike tidspunkter i sykdomsforløpet. Selv om det er symptomer som vil være karakteristiske for schizofreni, så er det ingen bred enighet om hvor dette kliniske konstruktets grenser går.

Dagens schizofreni-konseptualisering (APA, 2000) er både reliabel og har nytteverdi for å identifisere behandlingsbehov. Det store flertall av klinikere og forskere vil likevel mene at det er validitetsproblemer forbundet med dette diagnostiske konstruktet. Denne validitetsproblematikken består blant annet i at det ikke foreligger entydig evidens for at schizofrenikonstruktet gjenspeiler bestemte nevrobiologiske prosesser, samt at konstruktet har delvis vilkårlige kriterier og grenser som bør og vil endres i fremtiden. Forholdet mellom symptomatologi og prognose, hvilket er grunnleggende i en valideringsbedømmelse for ethvert mentalt- eller somatisk sykdomskonstrukt, er heller ikke klarlagt. Det er ikke klarlagt hvilke personer med schizofrenisymptomer som vil ha et ufordelaktig forløp og hvem som vil oppnå remisjon. Dagens schizofreni-konstrukt (APA, 2000) er per definisjon ikke forbigående, og innebærer derfor i noen grad implisitte forventninger til forløp. Det kan hevdes at konstruktets homogenitet medfører at individer med god prognose innenfor denne kliniske kategorien ekskluderes. Det kan også hevdes at schizofreni-konstruktet representerer en påtvungen homogenitet som er oppnådd på bekostning av øket heterogenitet i andre svakt definerte kliniske kategorier, som schizoaffektive lidelser.

Hvordan man konseptuelt forsøker å håndtere heterogeniteten i symptomer innenfor schizofreni-spekteret og avgrensningen av schizofreni mot andre forstyrrelser, er av grunnleggende interesse for klinikere, forskningen, mennesker med lidelsene og samfunnet. Dette kan gjøres ved bruk av brede kategorier og ulikartet praksis som i Norge i de første decenniene av forrige århundre, og i USA i før- og etterkrigstiden, eller med smale kategorier og høy interrater-reliabilitet som i dagens diagnostiske systemer. Det kan gjøres ved å forsøke å etablere evidens for mer eller mindre homogene sub-grupper, frittstående og avgrensede kliniske kategorier, eller dimensjonale og multidimensjonale modeller,

Vi befinner oss i en tid preget av fremskritt og nye metoder i forskningen, og med stadig flere stemmer som taler for en de- og rekonstruksjon av schizofrenibegrepet. At schizofrenifeltet i dag rommer det fremste av moderne forskning og samtidig benytter noe av den eldste konseptualiseringen i psykopatologien innebærer et paradoks som gjør en analyse av den teoretiske, konseptuelle og empiriske arven viktig. Paradokset illustreres godt av et forskningsfelt preget av massiv innsats med moderne metoder, samtidig som den semantiske arven fra for eksempel Kreaepelin (1909/1919) og Schneider (1959, gjengitt etter Oyeboode, 2008) fremdeles er sterkt til stede i klinisk begrepsbruk og diagnostiske systemer, og derfor også i forskningen.

Kunnskapen om kausale mekanismer ved schizofreni er fremdeles delvis fragmentert og mangetydig. Derfor vil deskriptiv symptomatologi stadig ha en fremtredende plass i forskningsfeltets konseptualiseringsprosesser. Når en lidelse, eller en gruppe lidelser, ikke har en avklart etiologi, blir lidelsene primært konseptualisert ut i fra symptomatologi og forløp, være seg for 100 år siden eller i dag.

Vi har i Norge et forskningsarbeid av eldre dato, men av internasjonal klasse, som presenterte en ny forståelse og nye begreper for schizofreni og tilgrensende lidelser. Gabriel Langfeldt (1937) hevdet å fra symptombildet i psykosens akutte fase kunne skille en gruppe av pasienter med schizofreni-aktige symptomer og stor sannsynlighet for full remisjon fra en gruppe med dårlig prognose. Gruppene kunne i følge Langfeldt differensieres ut fra symptomatologien, men hadde likevel så store likheter i symptombildet at begge hørte hjemme under en konseptuell schizofreni-paraply. Disse tilstandsbildene ble betegnet som Schizofreniforme Psykoser og Ekte Schizofreni.

1.2 Problemstillinger

I denne oppgaven vil Gabriel Langfeldts (1937) kliniske konstrukter Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser vurderes og diskuteres. Hensikten er at dette skal være et utgangspunkt for både å belyse aktuelle tema i schizofrenifeltet, samt for å vurdere om Langfeldts arbeider kan si oss noe av viktighet.

Problemstilling 1: Mot hvilket psykopatologiske bakteppe utviklet Langfeldt konstruktene Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser?

Problemstillingen vil besvares i kapittel 3 og integreres i den øvrige fremstillingen, ved å beskrive noen nasjonale- og internasjonale hovedlinjer i schizofrenifeltets utvikling som kan ha hatt betydning for Langfeldt.

Problemstilling 2: Innebærer Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet en hensiktsmessig beskrivelse av et schizofrent tilstandsbilde?

Denne problemstillingen er relatert til å belyse konstruktet Ekte Schizofreni, da den status Langfeldt ga symptomet depersonalisasjon vurderes som det mest karakteristiske ved dette konstruktet. Problemstillingen vil besvares ved å belyse innholdet i depersonalisasjonsbegrepet hos Langfeldt og andre, og ved å vurdere hans bruk av begrepet opp mot øvrig forståelse av schizofreni og depersonalisasjon. Det vil også vurderes om

Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet har satt noen særnorske spor i forståelsen av schizofreni, ved å undersøke om det er uttrykk for dette i senere norske arbeider.

Problemstilling 3: Var de Schizofreniforme Psykoser schizofreni-aktige?

For å belyse problemstillingen vil foretas en tentativ rediagnostisering ut fra DSM-IV (APA, 1994) av de schizofreniforme kasi Langfeldt presenterte i sin publikasjon av 1937. Dette gjøres for å kunne vurdere om det kan identifiseres mønstre som kan besvare problemstillingen om de enkelte kasi og gruppen som helhet bør betegnes som schizofreni-aktig.

1.3 Metode

Dette er en teoretisk oppgave. Publikasjoner som refereres eller henvises til er valgt ut i fra å være relevante for å belyse problemstillingene. Primærlitteraturen er «*The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease*» (Langfeldt, 1937).

Det vil presenteres avklaringer av en rekke begreper Langfeldt benyttet i kapittel 2, hvilket gjør dette kapittelet relativt omfangsrikt. Dette anses nødvendig da Langfeldts begreper er viktige analytiske verktøy i oppgaven og besvarelse av hovedproblemstillingene forutsetter å avklare begrepene innhold. Begrepene presenteres alfabetisk organisert for å gjøre fremstillingen enkelt tilgjengelig.

Det vil gjøres en tentativ rediagnostisering av kasi betegnet som schizofreniforme ut i fra den informasjonen om symptomatologi i akuttfasen som fremkommer i primærlitteraturen. Denne rediagnostiseringen vil basere seg på DSM-IV (APA, 1994) med den begrunnelse at dette er det diagnostiske systemet som oftest benyttes i moderne forskningslitteratur.

De av Langfeldts publikasjoner som siteres har med unntak av et innlegg fra 1982 ikke vært å finne i benyttede databaser. Disse er derfor innhentet fra tyske- og norske antikvarier, samt fra Nasjonalbiblioteket og Medisinsk Biblioteket ved Universitetet i Oslo. Tilsvarende gjelder for andre, norske publikasjoner fra før 1980 som det henvises til. Det henvises til ulike forfatters arbeid i sekundærlitteratur når originalarbeidet ikke har latt seg oppdrive eller om det ikke har vært mulig å finne utgaver oversatt til engelsk eller norsk.

1.4 Avgrensninger

Denne oppgaven står innenfor feltet deskriptiv psykopatologi, hvilket innebærer avgrensninger av tema. I motsetning til en forklarende psykopatologi som omhandler kartlegging av prosesser av organisk, psykologisk eller annen art som gir opphav til mentale lidelser, omhandler deskriptiv psykopatologi symptomer som produktene av slike prosesser. Teoretiske forklaringer på underliggende mekanismer og funn fra for eksempel nevrovitenskapene er derfor utenfor denne oppgavens tema, og vil kun kortfattet vises til når det er relevant overfor spesifikke tema. I den deskriptive psykopatologiske tradisjonen er det form fremfor innhold i symptomene som vektlegges. Form er hva Berrios (1996) betegner som de aspektene av mentale symptomer som garanterer stabilitet i tid og rom, dets konstanselementer, og er sentralt for å identifisere og differensiere tilstandsbilder. Et slikt perspektiv gjenspeiles i oppgaven, da de innholdsmessige sidene av symptomer vektlegges i mindre grad enn deres form. En fenomenologisk tilnærming kan innebære forsøk på å beskrive en fenomenologisk essens ved schizofreni eller i et gitt symptom. En slik tilnærming er tradisjonelt nært forbundet med deskriptiv psykopatologi og vurderes derfor som relevant i for å besvare problemstillingen relatert til depersonalisasjon.

Oppgavens problemstillinger omhandler symptombildet i akutfasen slik dette beskrives i primærlitteraturen. I dette ligger avgrensninger overfor andre arbeider Langfeldt senere produserte og øvrige temaer han arbeidet med.

Primærlitteraturen har en rekke metodiske mangler som svekker robustheten i de funn som presenteres. Det vurderes likevel ikke hensiktsmessig å gjennomføre en metodekritikk av primærlitteraturen fra et moderne metodisk perspektiv, og til dette foretas det derfor avgrensninger. De metodiske svakhetene er åpenbare, for eksempel at utvalget ikke er representativt eller at det ikke benyttes eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier, slik at resultatet av en eventuell kritikk delvis er gitt på forhånd. Å foreta avgrensninger hva gjelder metodekritikk begrunnes derfor med at dette kunne føre til at man mistet synet av skogen for bare trær, ved at det som er tema for oppgavens problemstillinger, Langfeldts grunnleggende hypoteser, kom i bakgrunnen for metodiske mangler. Det Langfeldt i 1937 presenterte som å være klare og konklusive funn kan vurdert ut i fra studiens åpenbare metodiske mangler ikke vurderes slik. Besvarelsen av problemstillingene i oppgaven behandler derfor disse funnene mer som om de var hypotesegenerende tendenser.

At oppgaven står innenfor feltet deskriptiv psykopatologi og at primærlitteraturen er retningsgivende for temavalg i oppgaven innebærer at en rekke sentrale og viktige områder fra det store feltet schizofreniforskning avgrenses og utelates.

1.5 Begrunnelse for oppgaven

Schizofreniens konseptuelle historie er ikke en lineær prosess. Kontinuitetshypotesen (Berrio, Luque & Villagràn, 2003), med den grunnforutsetning at vi stadig rykker fremover mot riktigere begrepsbruk, og at det seneste er det riktige og at det mest siterte er det mest valide, er nettopp det – en hypotese. ««Evidence» for the validity of any earlier definition always falls short of the standards of the present...» (Berrio et al., 2003, s. 114). Om man aksepterer at klinisk konseptualisering ikke må innebære at det siste er det som best gjenspeiler virkeligheten, vil det innebære at det eldre ikke må være det galeste. Et slikt standpunkt innebærer et argument for et tilbakeblikk og begrunner et gjensyn med Langfeldt. Det innebærer også at man kan reise spørsmålet om det i oppgavens primærlitteratur kan være noe av viktighet for dagens fagfelt. Ved å forsøke å besvare dette kan det endog klargjøres om Langfeldt med den Schizofreniforme Psykose kan ha vært på sporet av en forstyrrelse som er blitt oversett av ettertiden. Det kan også belyses om hans depersonalisasjonsbegrep peker henimot fenomener som burde vektlegges sterkere i beskrivelsen og forståelsen av schizofreni.

Begrepenes historie og opprinnelse er i seg selv viktige å analysere og forstå, selv når begreper har skiftet innhold, slik som Schizofreniforme Psykoser. Opprinnelige meninger henger med, lik det Berrio et al. (2003) betegner «semantiske spøkelser», og disse spøkelsene påvirker dagens bruk og forståelse. For begreper som schizofreni, som har vært så utbredt og over så lang tid blitt gitt ulike meningsinnhold, er dette særlig viktig. Norsk begrepsbruk har hatt særpreg. Begreper som depersonalisasjon og Schizofreniforme Psykoser har fremdeles en særnorsk stilling skapt av Langfeldts fremtredende posisjon for en generasjon norske klinikere. Dagens begrepsbruk, konseptuelle problemstillinger og endringsprosesser i schizofrenifeltet kan forstås bedre ved å vurdere begrepenes opprinnelse. Langfeldts arbeid bidro til å endre klinisk tenkning om psykoser. Hva som kjennetegner personer med forstyrrelser innenfor schizofreni-spekteret som oppnår remisjon, og hva som kjennetegner de som har et dårlig forløp, er dagsaktuelle tema for psykologien. Dette gir en begrunnelse for å vurdere om det ligger potensielle bidrag i Langfeldts arbeid for å belyse dette. Det er

oppgavens hensikt at en vurdering av Langfeldts arbeid kan ha en annen og større aktualitet enn kun i kraft av å være psykopatologihistorie.

Det er ikke funnet noen studier hvor kasi fra Langfeldts store gjennombrudd i schizofrenifeltet i 1937 er gjennomgått. Det er heller ikke funnet publikasjoner hvor Langfeldts depersonalisasjonsbegrep vurderes og diskuteres. At «*The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease*», som et av de viktigste og mest siterte norske psykopatologiske arbeider, ikke har vært tema for noen nyere publikasjoner, er en sentral begrunnelse for oppgaven.

En generell begrunnelse for oppgaven springer ut fra det syn som denne oppgaven representer; at psykologifaget må delta i utformingen av det begrepsapparat det må benytte, og at faget er særlig egnet for og derfor bør markere seg tydeligere på fagområder som omhandler beskrivelser, klassifisering og konseptualisering av mentale lidelser. Terrorrettsaken som har funnet sted i Norge i 2012 (Oslo Tingrett, 2012) har med tydelighet vist fagfeltene klinisk psykologi og psykiatri at det er stor interesse for hvordan vi kommuniserer om og beskriver mentale lidelser, og særlig hva gjelder schizofreni og psykotiske lidelser. Det har vært vanskelig for allmenheten, og sannsynligvis også for deltagere i den rettslige prosessen, å forholde seg til de mange ulike syn som representanter for fagfeltene har presentert i ulike fora. Fagfeltene med ulike subdisipliner, særlig rettspsykiatrien, har fått kritikk for dette. Dette tydeliggjør at det både er dagsaktuelt og av stor viktighet at fagfeltene arbeider aktivt med begrepsbruk, beskrivelser og den forståelsen som er knyttet til dette. I dette bør det ligge en erkjennelse av at klinisk- og akademisk psykologi også har en arv fra tidligere tiders psykiatri, for eksempel fra Langfeldts arbeider, og derfor bør forholde seg til denne.

2.0 Begrepsavklaringer

En rekke begreper benyttes i dag med et annet meningsinnhold enn i Langfeldts arbeider. Han presenterte heller ikke begrepsdefinisjoner. Deskriptiv psykopatologi handler om å registrere, beskrive og sette ord på andre menneskers opplevelser og handlinger, og selve den deskriptive øvelsen, bruken av begreper, er kjernen i en slik disiplin. For å besvare hovedproblemstillingene må det først klarlegges hva Langfeldt la i begrepene han brukte, og det er derfor nødvendig med avklaringer om de begreper han benyttet som har et annet

innhold i dag. Denne nødvendigheten gjør at begrepsavklaringene får et større omfang enn hva som er vanlig i en hovedoppgave. Viktigheten av å klarlegge innholdet i eldre begreper i materiale man arbeider med illustreres også av den studien av et annet av Langfeldts utvalg som beskrives i kapittel 6 (Bergem, Dahl, Guldborg & Hansen, 1990). I denne studien rediagnoserte fire psykiatere utvalget i henhold til DSM-III-R (APA, 1987) og ICD-9 (WHO, 1979). Inter-rater reliabiliteten mellom psykiaternes diagnoser var på under 0.50. At det ikke ble oppnådd høyere inter-rater reliabilitet begrunner forfatterne med at det var gammeldags psykopatologisk terminologi som ble tolket ulikt av de ulike personene som foretok rediagnostisering. Det er trolig at grundigere avklaringer av innholdet i begrepene fra Langfeldts samtid hadde bedret inter-rater reliabiliteten i denne studien. Det samme argumentet gjelder derfor også for at konklusjonene i denne hovedoppgaven skal kunne være etterprøvbare og så robuste som mulig. Et annet argument for nødvendigheten av å gi begrepsavklaringene plass i denne hovedoppgaven er for å gjøre besvarelsen av hovedproblemstillingene mer tilgjengelig. Det vil være lettere å tilegne seg stoffet i oppgaven om man først har gjort seg kjent med hva Langfeldt la i begrepene han benyttet. Dette gir også mulighet til friere å bruke noen av hans begreper i teksten fremfor til enhver tid å bruke mer moderne begreper, med den fare det kunne innebære for å legge noe annet i begrepene enn Langfeldt gjorde. Nedenfor følger derfor en alfabetisk organisert gjennomgang av noen sentrale begreper i primærlitteraturen, med kortfattede beskrivelser av den betydning Langfeldt ga begrepene. Da Langfeldt ikke presenterte begrepsavklaringer eller definisjoner baserer avklaringene nedenfor seg på tolkninger utfra hvordan begrepene ble benyttet i ulike sammenhenger i primærlitteraturen og i Langfeldts samtid.

Amnesi: Personene i utvalget ble alltid spurt, om de hadde et tilstrekkelig funksjonsnivå til å kommunisere om dette, hva de husket fra akutfasen. Amnesi for denne fasen indikerte i følge Langfeldt *eksogene* årsaksfaktorer av *psykogen* eller somatisk art.

Defekt-tilstand: Ved *katastrofalt* utfall for en person med Ekte Schizofreni fremstår han i en *defekt-tilstand*. Dette er en tilstand preget av omfattende svekkelse og oppløsning av mentale kapasiteter, utilgjengelighet eller katatoni og massive *prosess-symptomer*. Tilstanden forstås som kronisk og progredierende. En *defekt-tilstand* må differensieres fra en tilstand *med defekter*. I en tilstand *med defekter* kan det ha funnet sted betydelig bedring fra den aktivt psykotiske fasen, men symptomer eller funksjonsnedsettelse er til stede.

Delirium: Langfeldt brukte begrepet med datidens innhold av fransk opprinnelse. Delirium (*delirè*) er da å forstå som en tilstand sterkt preget av forestillinger som ikke samsvarer med realitetene. Han synes å benytte begrepet slik det ble definert av Philippe Pinell, som å innebære forstyrrelser i logisk dømmekraft og forståelse (Noll, 2007).

Dementia: Et begrep som bar i seg mye semantisk arv som å betegne en progredierende og degenerativ tilstand, hvor svekkede kognitive evner er sentralt i symptombildet. Betegnelsen peker henimot en destruktiv hjerneorganisk prosess, uten at identifikasjonen av dette er en forutsetning for å benytte begrepet på et tilstandsbilde. Inkluderte, men var ikke begrenset til, uspesifikke samtidige betegnelser som *sløvsinn*.

Derealisasjon: Et *prosess-symptom* som kan benyttes for å identifisere Ekte Schizofreni. Innebærer opplevelse av uvirkelighet og at virkeligheten er endret eller er i ferd med å endres. Relatert til *katastrofefølelse*, der endringene indikerer for individet at noe katastrofalt vil skje. Nært relatert til og ikke klart differensiert fra depersonalisasjon.

Depersonalisasjon: Et karakteristisk *prosess-symptom* ved Ekte Schizofreni, med høy spesifisitet i sin uttalte form. Mange og ulikartede fenomener sorterer under depersonalisasjon, og alle er grunnleggende relatert til personens opplevelse av at han endrer eller har endret seg, eller er fremmed og uvirkelig. Depersonalisasjon er et vidt og inkluderende begrep, som også innbefatter passivitets- og influenssymptomer. Eksempelvis vil Langfeldt beskrive det å oppleve å få sin vilje fjernet fra seg eller at den går over til andre (Kasus 13), som et depersonaliserings-fenomen. Depersonalisasjon kan være emosjonelt- og vrangforestillingspreget, slik et symptom på depersonalisering kan være at en pasient gir uttrykk for at «Mannen i ham forsvinner, at han blir dødt kjøtt» (Kasus 42).

Eksogene faktorer: Vidt begrep som dekker alle ytre og forutgående faktorer som utløser, disponerer eller er symptomutformende ved en psykotisk debut. Eksempelvis psykiske traumer, alkoholmisbruk eller infeksjoner.

Forvirring: Begrepet beskriver den tåkethet, inkoherens og manglende forståelse for tid og sted som kan forekomme i akuttfasen av Schizofreniforme Psykoser. Forvirring kan også være en del av den *perpleksitet* som ofte forekommer ved Ekte Schizofreni.

Influenssymptomer: Karakteristisk *prosess-symptom* som innebærer at personen opplever seg påvirket utenfra. Nært relatert til og ikke klart differensiert fra depersonalisasjon og passivitetsopplevelser. Kan forekomme i vag eller mild form ved Schizofreniforme

Psykoser. Fysiske influenssymptomer er organiske sansninger eller hallusinasjoner med vrangforestillinger som formes i forbindelse med disse.

Katastrofalt utfall: Et stadium i sykdomsutviklingen av Ekte Schizofreni hvor pasienten er i en *defekt-tilstand*, med uttalte *prosess-symptomer* og omfattende funksjonsnedsettelse. Den alvorligste kategorien i Langfeldts skalering av utfall.

Katastrofe-opplevelse: Begrep introdusert av Mauz (gjengitt etter Langfeldt, 1937) og benyttet av Langfeldt som å beskrive en sterkt angstpreget tilstand som følge særlig av depersonalisasjon-derealisasjonsopplevelser.

Katatoni: Langfeldt beskriver på en tradisjonell måte katatone symptomer som abnormal motorikk, samt symptomer av kommunikativ eller relasjonell art relatert til *autisme*. Katatoni er et utvidet begrep hos Langfeldt, da han også inkluderer vegringspregede og mindre motorisk og relasjonelt pregede symptomer, som aversjon mot å ta til seg føde.

Konstitusjonell-psykogen distinksjonen: En psykose med et *konstitusjonelt* preg eller årsak har sitt utspring i personens anlegg eller disposisjon. Konstitusjonsbegrepet er beslektet med dagens personlighetsbegrep. En psykose med et *psykogen* preg eller årsak har sitt utspring i de psykologiske belastninger personen har opplevd. Beslektet med det senere brukte begrepet *reaktive psykoser*. *Psykogene symptomer* er hyppig forekommende ved Schizofreniforme Psykoser, eksempelvis som vage paranoide ideer. Langfeldt benytter også begrepet i en negativ definisjon og beskriver *prosess-symptomer* som *psykogen* ikke-avledbare. Langfeldt skiller ikke skarpt mellom *konstitusjonelt* og *psykogen*, og påpeker eksempelvis at *konstitusjoner* kan innebære sårbarhet for psykologiske belastninger.

Kurert: For å vurderes som *fullt kurert* hevdet Langfeldt at personen må være uten noen emosjonell forstyrrelse og med alle andre mentale funksjoner relatert til vilje, handling og kognisjon tilsvarende som hos et gjennomsnittlig individ. Han hevdet også, i strid med en slik forståelse, at *vage prosess-symptomer* ofte er til stede hos *kurerte*. Det synes derfor å ha vært en udefinert mulighet for å vurderes som *kurert* med avblekede symptomer eller senvirkninger tilstede. Remisjon eller sykdomsutvikling ble vurdert fra *fullt kurert* til *katastrofalt* eller remitterende, men noen kriterier eller definisjoner på grader av remisjon eller utfall presenteres ikke.

Organiske symptomer: Typiske *organiske symptomer* er tåkete bevissthet og inkohere, og dette beskrives å forekomme hyppig ved Schizofreniforme Psykoser. Skal

derfor ikke forstås som et symptom på en underliggende organisk skade eller sykdom, da det for eksempel kan følge av psykologiske påkjenninger.

Paranoide vrangforestillinger og -ideer: Ut over en tradisjonell betydning påpeker Langfeldt at slike forestillinger ikke må være av *prosess-karakter* om de er *vage* i formen. Eksempelvis er forestillingene hos Kasus 10 psykologisk forklarlige og kompensatorisk relatert til underlegenhetsopplevelse.

Passivitetsopplevelser: Sorterer hos Langfeldt under depersonaliseringsoopplevelser og er nært relatert til influensfenomener. Kasus 49 illustrerer en slik opplevelse, hvor personen opplevde at tungen var blitt et passivt redskap for en annen persons innflytelse som påvirket pasienten til å snakke. Langfeldt relaterer også passivitetsopplevelser til derealisasjonsfenomener, hvor opplevelsen av å være en passiv mottager gir en opplevelse av endrede omgivelser og katastrofefølelse.

Patoplastiske symptomer: Vid og inkluderende kategori som inkluderer blant annet symptomer av nevrotisk, depressiv eller hysterisk karakter. Kan ha et *psykogen-* eller *konstitusjonelt* preg. Hyppig til stede ved Schizofreniforme Psykoser, men i akutfasen ikke ved Ekte Schizofreni, og kan derfor benyttes differensialdiagnostisk.

Perpleksitet: I en initial psykotisk fase er pasientene som lider av Ekte Schizofreni ofte sterkt preget av *perpleksitet* og depersonalisasjon, mens mer omfattende vrangforestillinger ofte kommer senere. Langfeldt påpeker også hvordan sub-grupper av schizofreni varierer i *perpleksitet*. Dominante forfølgelses-vrangforestillinger vil ikke sette pasienten i en like perpleks tilstand som personer som ikke kan assimilere psykologisk de uforklarlige og *magisk-mystiske* depersonalisasjon-influensfenomenene.

Prosess-symptomer: Massive *prosess-symptomer* er det som kjennetegner Ekte Schizofreni. Disse er depersonalisering, derealisering, influens og projeksjon, samt massive forfølgelses-vrangforestillinger. Utrykk for en ikke-identifisert organisk prosess.

Prosess-reaktiv distinksjonen: Psykotiske manifestasjoner kan være et uttrykk for en underliggende organisk prosess eller *reaktivt* følge av en psykologisk belastning.

Primære vrangforestillinger: Langfeldt bruker betegnelsen i to betydninger. Den første innebærer vrangforestillinger som ikke er av psykisk opprinnelse og ikke sekundære til eksempelvis psykiske traumer. Den andre betydningen innebærer vrangforestillinger som er

direkte oppståtte *prosess-symptomer*, som hos sub-gruppen *dementia persecutiva*. Ved andre tilstandsbilder vil vrangforestillingene være et resultat av sekundære tolkninger av *magisk-mystiske* depersonalisasjons-influens opplevelser. Langfeldts differensierte derfor sub-grupper under *dementia paranoides* ut i fra om vrangforestillinger ble vurdert som primære eller sekundære.

Psykopati-aktige symptomer/Psykopatiene: Dette er vide og inkluderende begrep hos Langfeldt, og nært relatert til avvikende *konstitusjon*. *Psykopatier* har fellestrekk med dagens personlighetsforstyrrelse-begrep ved at de innebærer infleksible avvik i tenkning, adferd og følelsesliv, samt er relativt varige. Har ikke med nødvendighet noe antisosialt aspekt ved seg, slik begrepet senere er blitt brukt. Ved Schizofreniforme Psykoser kan det forekomme *psykopati-aktige symptomer*. Langfeldt vurderer for eksempel en ikke-schizofren paranoid reaksjon 7 år før innleggelse som indikasjon på *psykopati* (Kasus 3), og vurderer det psykotiske symptombildet i lys av dette. *Psykopatiske reaksjonsformer* kan inkludere både tvangsmessighet, sjalusi, hypokondri og annet.

Schizofreniformt symptombilde: Inkluderer svært heterogene manifestasjoner, hvor pasientene ofte fremviser et rikt og varierende symptombilde. I følge Langfeldt er karakteristiske schizofreni-aktige manifestasjoner til stede, som depersonalisasjons-, influens-, og passivitetssymptomer, men disse fremstår i vagere former enn ved Ekte Schizofreni. Symptombildet er preget av patoplastiske symptomer av for eksempel depressiv eller hysterisk karakter. *Psykogene*- og *psykopati-aktige symptomer* kan forekomme. Langfeldt påpeker også at det hos personer med et *schizofreniformt symptombilde* kan forekomme symptomer man kan se hos andre psykosetyper, som manisk-depressive manifestasjoner, samt inkoherens og tåkete bevissthet som ved organiske psykoser. Ulike faktorer kan være symptomutformende, herunder både *eksogene*, *psykogene* og *konstitusjonelle*.

Vage symptomer: At et symptom er *vagere* enn et annet kunne man forstå som å indikere en gradforskjell og en plassering på et kontinuum, men når Langfeldt beskriver *vage* symptomer fremstår dette også som å innebære noe kvalitativt annerledes enn *massive* symptomer. For eksempel vil forestillingen om at noen kan påvirke ens tanker uten å oppleve at det finner sted i følge Langfeldt være *vagere* enn å oppleve direkte influens.

3.0 Gabriel Langfeldt og «*The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease*».

Gabriel Langfeldt var sentral for norsk psykiatri, psykopatologisk tenkning og praksis for en generasjon klinikere og forskere. Han preget hvordan schizofreni og tilgrensende lidelser ble forstått i decenniene etter 2. verdenskrig og på noen områder hvordan dette fremdeles forstås. Langfeldt hadde et bredt faglig nedslagsfelt, men schizofreni var det fagområde han viet størst faglig fokus. Langfeldts interesse for mer presis begrepsbruk og diagnostisering av schizofreni, da i Norge betegnet som *dementia praecox*, begynte i første halvdel av 1920-årene. Da studerte han denne lidelsens sammenheng med endringer i det endokrine systemets og det autonome nervesystemets funksjon. Han forsøkte å kartlegge fysiologiske anomalier som korresponderte med det dominerende symptombildet, og da overfor Kraepelins sub-gruppe inndeling (1909/1919), samt til ulike faser i lidelsen. I 1926 publiserte han «*The endocrine glands and autonomic nervous system in dementia praecox*». Allerede i denne publikasjonen fremgår Langfeldts fokus på bruken av presise kliniske konstrukter og hans motstand mot de endringer som var i ferd med å manifestere seg i fagfeltet som innebar en utvidning av det aktuelle sykdomsbegrepet. I 1926 skrev han: «The tendency which at present prevails among a great number of physicians to let the whole *dementia praecox* idea be absorbed by the collective designation «schizophrenia» is extremely detrimental to the further progress of psychiatry» (Langfeldt, 1926, s. 292).

Forståelsen av schizofreni i førkrigs-Norge fremstår i ettertid ubalansert, ved samtidig å ha vært preget av både Kraepelinsk determinisme, ubegrunnet behandlingsoptimisme og Bleulersk begrepsutvidelse. Dette ga seg uttrykk i mangelfull psykopatologisk begrepsbruk. I dette vitenskapelige og kliniske klima presenterte Langfeldt (1937) de kliniske konstruktene Schizofreniforme Psykoser og Ekte Schizofrenier.

Studien Langfeldt publiserte i 1937, «*The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease*», var basert på et materiale bestående av 100 personer som på Universitetets Psykiatriske Klinik på Vindern hadde vært diagnostisert som *utvilsomme* schizofrenier. På Vindern, og i andre klinikker, hadde man også en tradisjon med å kategorisere *tvilsomme* schizofrenier. Dette var tilstandsbilder som innebar en schizofrenidiagnose, men hvor diagnosen ble ansett mindre sikker, og derfor markert med et spørsmålstegn bak angivelsen av diagnose i pasientens journal. Disse ble utelukket fra Langfeldts materiale. Utvalget består av personer med tilstandsbilder som Ragnar Vogt, en av

tidens mest innflytelsesrike og velansette psykiatere, og hans medarbeidere anså at det ikke hersket noen tvil om hadde schizofreni. Pasientene hadde vært inneliggende ved Vindern på et tidspunkt mellom 1926 og 1929, og deretter skrevet ut til asyler, til hjemmet eller til andre former for privat eller offentlig omsorg. Langfeldt gjorde katamnesticke studier av pasientenes journaler i den hensikt å identifisere faktorer som var medvirkende eller bestemmende for det videre forløpet. Han innhentet informasjon om pasientenes symptomatologi fra både pre- post- og aktive psykotiske faser, samt noe om medisinske- og familieforhold. Langfeldt konkluderte etter de katamnesticke undersøkelsene med at pasientgruppen kunne inndeles i to hovedkategorier: Ekte Schizofreni av prosess-karakter og de atypiske Schizofreniforme Psykoser.

Langfeldt ville klarlegge lidelsenes forløp fra den akutte fasen hvor diagnosen var gitt og undersøkte samtlige av personene i utvalget personlig i løpet av 1936, altså 6-10 år etter innleggelse ved Vindern. En betydelig andel viste seg å være *fullt kurert*, hvorav de fleste av disse ble ansett å ha hatt den schizofreniforme symptomatologien. I utvalget bestående av 100 personer fant Langfeldt at det var 13 kasi med schizofreniforme symptomer i akutfasen, hvorav 11 ble vurdert som å være i full remisjon ved oppfølging. De to andre personene i denne gruppen var kurert med noen *defekter*. Pasientene, som i følge Langfeldt viste symptomer i den akutte fasen på Ekte Schizofreni, hadde i de aller fleste tilfeller et meget ufordelaktig forløp og svært sjeldent remisjoner. Gruppen utgjorde 77 personer og kun 6 ble vurdert som fullt kurerter. Ved oppfølgingen av denne gruppen hadde 38 personer, hvilket utgjør over 2/3, et kronisk progredierende forløp eller var allerede i hva Langfeldt betegnet som en *katastrofal* tilstand.

Langfeldt hevdet at differensieringen av schizofreniene til to hovedgrupper ga tydelige prognostisk ledetråder. De fleste med Schizofreniforme Psykoser ville i følge Langfeldt bedres spontant og utvikle seg mot full remisjon, mens han var utpreget pessimistisk om prognosen ved Ekte Schizofreni. Symptomene hos pasienter i disse to gruppene kunne være til forveksling like, de var jo vitterlig også gitt samme diagnoser av en av landets fremste psykiatere. Ved grundigere undersøkelser kunne det likevel identifiseres betydningsfulle ulikheter i symptomatologien mellom disse gruppene. Langfeldt forsøkte også å identifisere andre faktorer med effekt på psykosens forløp, herunder kroppstype, premorbide personlighetstrekk, alder og skolerestater, men symptombeskrivelsene av akutfasen hadde en overordnet særstilling.

Langfeldts verk av 1937 er utgitt i et omfang og med en utforming som er ganske annerledes enn dagens vitenskapelige publikasjoner, og er en bok på 225 sider med beskrivelser av de 100 kasi som utgjør utvalget. Arbeidet må vurderes som fremstående ut fra datidens standard. Langfeldts grunnleggende metode var klinisk skjønn, hvilket innebærer at studien er vanskelig repliser- og etterprøvable. Katamnestiske studier av pasienters journaler kan aldri gi informasjon som er likeverdig med utredning som følger av direkte møter med pasienter og dagens utredningsverktøy eksisterte ikke på Langfeldts tid. En omfattende metodisk kritikk av hans arbeid fra et moderne perspektiv kan derfor ha liten hensikt. Med dagens metodiske øyne fremtrer likevel en rekke grunnleggende metodiske svakheter, hvorav noen gjør det vanskelig å vurdere arbeidet i ettertid.

I Langfeldts studie presenteres det ikke begrepsdefinisjoner. Begreper brukes heller ikke konsekvent. Dette gjør det vanskelig å vite hva Langfeldt faktisk la i begreper når symptomer og pasientenes tilstand beskrives, og dette blir derfor ofte en tolkningsøvelse med begrenset presisjon. Det forekommer i liten grad litteraturhenvisninger, i alt bare 17 ganger i hele boken. Teoretiske forutsetninger eller påvirkninger presenteres knappe.

Kasusbeskrivelsene er ofte omfattende og ordrike, men kan også fremstå subjektivt beskrevet og med varierende begrepsbruk. Det beskrives et stort mangfold av symptomer og tilstandsbilder, men symptomer rapporteres ikke konsekvent. Det varierer hvilken informasjon som gis i de ulike kasi. For noen pasienter er det rikholdige beskrivelser fra mange områder og andre pasienters beskrivelser er knappe og hvor få områder beskrives. For noen kasi presenteres utfyllende informasjon om et gitt symptom, men hos andre er det vanskelig å danne seg et bilde av eventuell forekomst eller fravær av et tilsvarende symptom. Langfeldt presenterte ingen eksplisitte inklusjons eller eksklusjonskriterier for den informasjonen som ble innhentet og registrert. Dette gjør det usikkert i hvilken grad informasjonen som presenteres er representativ, og om det er skjevhet i hva som vektlegges eller utelates. Dette vanskeliggjør en systematisk undersøkelse av materialet. Det Langfeldt betegner som *prosess-symptomer* undersøkes hos de aller fleste. Det presenteres dog i liten grad noe empirisk- eller teoretisk grunnlag for det særlige fokus som gis disse symptomer. Det savnes eksempelvis begrunnelser for det store fokuset på depersonalisasjon som prosess-symptom. Symptomene ble vurdert ikke bare ut fra tilstedeværelse eller fravær, men også ut fra varighet, stabilitet, intensitet, hvor isolerte de fremsto, samt den generelle rikdom eller fattigdom i symptombildet. Heller ikke dette ble vurdert eller beskrevet konsekvent eller systematisk.

Langfeldt gjør tidvis tolkninger på tilsynelatende sviktende grunnlag når tvetydig informasjon foreligger fra akutfasen.

Med dagens kliniske øyne er det mye informasjon som savnes, slik som informasjon om negative symptomer og vurdering av kognitive funksjoner. Det er sannsynlig at dette er underrapportert både i katamneser og i oppfølgingsundersøkelsene. Det kan skyldes at dette kan være lite synlig og fordi datidens schizofrenifelt i liten grad hadde hverken fokus på eller begrepsapparat for å beskrive dette. Det kan derfor være rimelig å legge til grunn at det er en relativ overrapportering av positive symptomer. Affektiv tilstand hos pasientene i akutfasen beskrives lite utfyllende og ikke for alle pasienter. Dette blir problematisk når det faktisk rapporteres grundig hos noen. Langfeldt påpeker selv at denne informasjonen kunne vært viktig, men var av den oppfatning at det med sannsynlighet ble underrapportert i akutfasen da dette var manifestasjoner det var vanskelig å sette ord på. Det er således en mangel ved kasusbeskrivelsene at affektiv tilstand og symptomer i liten grad er beskrevet.

Det er meget enkle statistiske beregninger som gjøres i Langfeldts arbeid, i hovedsak prosentberegninger, og for eksempel presenteres ingen korrelasjoner. Langfeldt påpeker at arbeidet ikke tilfredsstiller metodiske krav, først og fremst fordi informasjonen ikke har blitt statistisk korrekt innhentet ved at ikke alle kasi fra den aktuelle perioden i klinikken er blitt inkludert. Han opplyser å ha utelatt de kasi hvor han vurderer at det ikke foreligger tilstrekkelig informasjon, men kriteriene for hva som vurderes som tilstrekkelig eller utilstrekkelig presenteres ikke.

Både virkeligheten som beskrives i «*The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease*» og med hvilke verktøy den er forsøkt beskrevet er altså på vesentlige punkter annerledes enn i dag, men noen av studiens svakheter kan også vurderes som dens styrker. Det er i dag ytterst sjelden at det presenteres studier med inngående beskrivelser av hver enkelt pasient i materialet. Om disse beskrivelsene kan fremstå som både subjektive og usystematiske, kan de også gi muligheten til en dypere forståelse av pasientenes tilstand enn hva dagens metodisk sterkere, men mindre innholdsrike publikasjoner gir. Av Langfeldts kasusbeskrivelser fremstår han å ha hatt et meget velutviklet klinisk skjønn. De manglende begrepsdefinisjoner, metodiske svakheter og manglende redegjøring for faglig fokus kan vurderes som baksiden av en medalje som innebar en ekstraordinær vitenskapelig åpenhet og vilje til å forstå, samt vilje til å kommunisere sine funn. Dette bidro til at han identifiserte og skapte forståelse for viktige forhold hos psykotiske pasienter.

Langfeldts utgangspunkt var at det er av største viktighet å overgi antagelsen om at lidelser med schizofreni-aktige symptomer med nødvendighet innebærer et katastrofalt utfall, altså en deterministisk forståelse i tråd med en Kraepelinsk degenerativ tradisjon. Han så ikke bort fra at man en dag kan finne sikre biologiske indikatorer på *katastrofale* forløp hos en form for kjerne-schizofreni. Langfeldt anså at denne gruppe i så fall konseptuelt burde skilles ut som en egen gruppe, men at inntil så er tilfelle så er det riktig å kategorisere alle med schizofren symptomatologi under den konseptuelle paraplyen *schizofreni*. Langfeldt understreket dog at: «The author, however, is of the opinion that it will be advantageous to separate the atypical conditions, and give them their own description, such as «Schizophreniform»... » (Langfeldt, 1937, s. 17).

Det fremgikk av samtidige og tidligere studier at remisjon kunne forekomme ved schizofreni, skjønt dette i samtiden oftest ble tillagt effekter av behandling. Endog Kraepelin (1909/1919), flaggbærer for den degenerative tradisjonen i forskningsfeltet, hevdet på eldre dager at remisjon kunne finne sted i enkeltstående tilfeller. Bleuler (1911/1950) hevdet i sitt verk «*Dementia Praecox and the Group of Schizophrenias*» at schizofreni, likt enhver annen sykdom, potensielt på et hvilket som helst tidspunkt kunne endre retning i forløpet. Han så dog bort fra muligheten for full remisjon. Langfeldt hevdet med sitt arbeid av 1937 å ha påvist symptommarkører for tilfriskning i psykosenes akutfase, den schizofreniforme symptomatologien. De ekte prosess-symptomer var som uttrykk for ikke-identifiserte degenerative prosesser i sentralnervesystemet markører for ufordelaktige forløp. Hans forskningsresultater, begrepsbruk og hvordan han forsto og beskrev disse tilstandene, fikk internasjonal oppmerksomhet i samtiden.

4.0 Det psykopatologiske bakteppet og Langfeldts alternativ

4.1 Forløperne og Langfeldts entrè

Fraværet av en deskriptiv psykopatologi er kanskje det mest slående trekket ved beskrivelser av psykoser fra det tidlige 1800-tallet, med bruken av adferdskriterier og molære alt-eller-ingenting betegnelser. I fravær av offisielle symptomlister fremsto beskrivelsene av tilstandsbildene i asylene svært skrinne (Berrios, 1996). Ofte ble pasientene kun kategorisert ut i fra adferd, fra for eksempel *rolig* via *urenselig* til *støyende* (Haave, 2008). På 1800-tallet og på begynnelsen av 1900-tallet var det vanlig å skille pasienter i asylene ut i fra

forventninger til helbredelighet eller uheldelighet, men denne inndelingen var vilkårlig og det var ganske tilfeldig om forventningene slo til eller ikke. Dette illustreres av hvordan direktør Carl Wefring på Sanderud asyl i 1913 (gjengitt etter Haave, 2008) begynner å tvile på sykdomsoppfatningen som lå til grunn for adskilte behandlings- og pleieanstalter, da han anså at det var umulig å trekke et skarpt skille mellom helbredelige og uheldelige. Han så dette særlig problematisk da man tidlig i sykdommens fase ikke kunne avgjøre om lidelsen var helbredelig, og at symptomene ofte var de samme og krevde den samme behandling. Langt inn på 1800-tallet var den konseptuelle standard svært brede kategorier som *einheitspsychosen*, som nærmest skulle favne alt man anså som grunnleggende forrykt eller forstyrret, eller lokale beskrivelser av bestemte tilstandsbilder uten noen nasjonal- eller internasjonal konsensus. Utover 1800-tallet vokste det frem en mer vitenskapelig tilnærming til mentale lidelser og begrepsbruken ble stadig mer velutviklet. Nye kategorier og begreper ble presentert i en prosess som Ey (1952, gjengitt etter Berrios, 1996) betegnet som «dissection de la vie psychique morbid». Flere av disse spredte forsøkene på å kategorisere og konseptualisere ulike mentale lidelser ble inkorporert i et system, som skulle bidra til større grad av konsensus, presentert av Emil Kraepelin mot overgangen til 1900-tallet.

Kraepelin presenterte med de 5. og 6. utgavene av sin lærebok i psykiatri i 1896 og 1899 et nosologisk system som la grunnlaget for hvordan vi fremdeles beskriver schizofreni. Han plasserte her flere lidelser, noen allerede beskrevet av andre, som sub-kategorier under den overordnede konseptuelle kategorien *dementia praecox*. Dagens inndeling i katatone, paranoide og hebefrene/disorganiserte sub-grupper av schizofreni (WHO, 1992; APA, 1994) følger av hans system. Utviklingen av dette systemet var basert på longitudinelle studier av pasienter i asylene med det formål å presentere stabile beskrivelser av de ulike tilstandsbilder. Den systematiske og deskriptive kartleggingen av symptomer og vektleggingen av longitudinelle faktorer var ikke Kraepelins oppfinnelse. Eksempelvis var Kahlbaums beskrivelser av katatoni og særlig Kahlbaum og Hecker sine beskrivelser og konseptualisering av hebefreni (gjengitt etter Middleton, Martin & Moskowitz, 2008) systematiske og vektla longitudinelle faktorer, og har tydelige føringer til Kraepelins arbeider. Å kombinere en slik deskriptiv tilnærming med en omfattende kartlegging av lidelsenes temporale forløp var derimot nytt. Før Kraepelin var begrepene *dementia* eller *sløvsinn* primært brukt om tilstander hvor individet, ukjent av hvilken årsak, ikke kunne ivareta sine sosiale eller yrkesmessige funksjoner. En slik funksjonsnedsettelse kunne være sent eller tidlig innsettende, og det lå ingen eksplisitt forventning til prognose i å benytte slike betegnelser. Kraepelin vektla en

tidlig debut og et ugunstig og progredierende forløp for dementia praecox, og så dette nærmest som patognomisk for lidelsen. Dette er i kontrast til tidligere tider, hvor tid eller varighet ikke var dimensjoner som ble hensyntatt, men hvor man ble ansett som «en gang gal, alltid gal» (Berrios, 1996).

Kraepelins største påvirkning på ettertiden, utover hans metodiske tilnærming og det å tenke rundt mentale lidelser i årsak, debut, forløp og utfall, er sannsynligvis hans dikotomiske skille mellom de to store hovedgruppene av psykoser. Kraepelin avgrenset dementia praecox mot det han betegnet som manisk-depressive psykoser. Disse to hovedgruppene av psykoser skilte seg ikke bare i symptomatologi, men var i følge Kraepelin også ulike i sitt forløp. Manisk-depressive psykoser ville ikke være kjennetegnet av den tidlig innsettende og kroniske utviklingen man kunne se ved dementia praecox. Disse to psykosegruppene representerte grunnleggende forstyrrelser i henholdsvis tenkning og stemningsleie. Individer med dementia praecox hadde et symptom bilde preget av det man i dag ville betegne som negative symptomer, samt bisarre og disorganiserte tanker og adferd. Dementia praecox ble også beskrevet som å være kjennetegnet av avvik mellom tanker og følelser, negativistisk og stereotyp adferd, manglende sammenheng i ideer og forestillinger, hallusinasjoner, vrangforestillinger og en generell svekkelse som kom til uttrykk i form av et globalt tap av vilje og psykisk integrering (Trepper & Shean, 2007). Det er mindre kjent at Kraepelin erkjente at det kunne være vanskelig å skille dementia praecox og manisk-depressive psykoser ut i fra symptomer på et gitt tidspunkt i individenes liv. Utover en slik kryssseksjonell beskrivelse påpekte Kraepelin at man ofte måtte ta med sykdommens forløp og utfall i vurderingen.

Med sitt verk om schizofreniene av 1911 presenterte Eugen Bleuler et arbeid med dyp og endrende innflytelse på schizofrenifeltet. Bleuler (1911/1950) understreket kontinuiteten vis à vis Kraepelin, men hans arbeider representerte et brudd med den Kraepelinske tradisjonen. Han introduserte et nytt sykdomsbegrep, schizofreni, med et vesentlig annerledes innhold enn dementia praecox. Fra mange hold ble Kraepelins påstand om en nærmest uunngåelig og katastrofal utvikling bestridt. Kraepelins avvisning av psykologiske forklaringsmekanismer var heller ikke i tråd med tidens ånd. I det tidlige 1900-tallet var den psykoanalytiske tenkemåten stadig kontroversiell, men den ble også ble viet betydelig oppmerksomhet i kliniske og vitenskapelige miljøer. Når Bleuler introduserte et nytt og videre begrep, var det med mer enn et skrått blikk til akademisk assosiasjonspsykologi og psykoanalysen. Han evnet å plassere seg mellom disse og integrere dette med arven fra

Kraepelin. Bleuler skapte nytt fokus i schizofrenifeltet med sin forståelse av det spaltede sinn og spaltningsprosessene ved schizofreni. Hans beskrivelser av de fundamentale symptomer som skulle være kriteriene for en schizofrenidiagnose, henholdsvis assosiasjon, affekt, ambivalens og autisme, hadde stor innflytelse. Vrangforestillinger og hallusinasjoner ble av Bleuler sett som bi-symptomer, som med sine bisarre manifestasjoner kunne komplisere symptombildet. Fokuset på de fundamentale symptomene og nedtoningen av et uunngåelig katastrofalt forløp innebar både å sette de schizofrene symptomer på et kontinuum mot normalitet, samt en betydelig utvidelse av begrepet. Etter Bleulers forståelse kunne man kategorisere tilstander som schizofreni uten at det manifesterte seg i den uttalte og kroniske forrykthet som hadde preget dementia praecox gruppen. Den utvidede konseptualiseringen fremgår i Bleulers bok av 1911, hvor han ramser opp noen av de tilstandsbilder med andre benevnninger han mente hørte til schizofreniene:

Til schizofreniene hører mange urene melankolier og manier fra andre skoler, navnlig vel alle hysteriske melankolier og manier, de fleste hallusinatoriske forvirringstilstander, mange av de tilfeller som andre kaller for amentia, en del av de tilfeller som henregnes til delirium acutum, den Wernickeske motilitetspsykose, primære og sekundære sløvsinnarter uten spesielle navn, de fleste tilfeller av paranoia, særlig alle hysterisk forrykte, nesten alle uhelbredelige hypokondrier, mange alminnelig nervøse samt tvangspasienter og impulsive. De som juvenile og mastrubatoriske særlig beskrevne former hører alle sammen til schizofrenigruppen, likeså en stor del av Magnans pubertetspsykoser og degenerasjonspsykoser. Mange fengselspsykoser og Ganserske demringstilstander er akutte syndromer i forløpet av en kronisk schizofreni (Bleuler 1911, gjengitt etter Langeldt 1954, s. 286).

Den begrepsutvidelse som fant sted med introduksjonen av Bleulers schizofrenibegrep var vesentlig, og dette manifesterte seg i forskningsfunn om remisjon og effekter av behandling. På 1920- og 30 tallet ble det for første gang rapportert om effektiv behandling av schizofreni i stort omfang. Behandlingsformer som fjerning av tenner og kjertler, som antatte kilder til infeksjoner, hadde blitt utbredt og en ny optimisme manifesterte seg i fagfeltene med introduksjonen av koma- og sjokkterapiformer. Disse behandlingsmetodene, sammen med utbredelsen av nye teorier som av Bleuler (1911/1950), ga håp om å kunne hjelpe flere av de inneliggende i asylene. Det ga også psykiatrien øket selvtilit som vitenskapelig disiplin. I 1934 kunne Manfred Sakel, oppfinneren av insulin-koma terapien, rapportere at over 70 % av førstegangs schizofrene fikk full remisjon fra sine symptomer etter slik behandling (Millon,

2004). I Norge rapporterte Faurbye i 1937 (gjengitt etter Langfeldt, 1937) at over 40% av pasientene i hans utvalg av pasienter med schizofreni var i remisjon ved utskrivelse. Det ble rapportert med stor variasjon i ulike studier, og dette ble av mange i samtiden forklart med ulike behandlingsmetoder. I ettertid fremgår av store oversiktsstudier (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waterneaux & Oepen, 1994) at diagnostisk praksis hadde betydelig effekt på rapportert utfall. Over noen decennier var man gått fra den uheldige *dementia praecox* til rapporter om full remisjon hos betydelige andeler av de schizofrene. I denne perioden har man i hovedsak endret begrepsbruk og introdusert ulike svakt dokumenterte behandlingsformer. Var den rapporterte remisjonen, i kontrast til det tidligere definerende kroniske forløp, for godt til å være sant?

Langfeldts banebrytende svar kom med utgivelsen av hans arbeid om schizofreni i 1937. Han hevdet at virkelig schizofreni stadig hadde en dårlig prognose, men at det kunne identifiseres en atypisk gruppe innenfor schizofreniene med høy sannsynlighet for spontan remisjon. Langfeldt tok til orde for heller å kartlegge og beskrive symptomene i akutfasen og vurdere dette i relasjon til utfall, fremfor å måle antatte resultater av ulike former for behandling. Han anbefalte også personlig oppfølging og undersøkelser av pasienter som var utskrevet eller rapportert som kurerte. Manglende oppfølging av utskrevne pasienter var en fundamental svakhet ved andre samtidige studier, og Langfeldts metode representerte på 1930-tallet en nytenkning.

Langfeldt var kritisk til både den Kraepelinske og Bleulerske tradisjon. Han anså det sentralt for fagfeltet å fri seg fra hva han kaller Kraepelins «dogmatiske» (Langfeldt, 1937) syn på det uunngåelige i schizofreniens degenerative utvikling, og var like så kritisk til den Bleulerske begrepsutvidelsen. Det var et hovedanliggende for Langfeldt å bidra til en mer presis, deskriptiv differensiering av schizofrenigruppen for å kunne drive sammenlignende forskning. Han uttrykte også skepsis til tidens behandlingsoptimisme, og fremhevet at hans differensiering kunne bidra til å unngå unødig behandling av dem som ikke var i behov av dette og for å rette behandling mot dem som kunne ha effekter av dette. Allerede i 1926 tok Langfeldt til orde mot en Bleulersk forståelse (Langfeldt, 1926) og i hans Lærebok i Klinisk Psykiatri (Langfeldt, 1954) var kritikken av innholdet i og bruken av det Bleulerske schizofrenibegrepet eksplisitt:

... det har vært ytterst uheldig for forskningen at det tidligere *dementia-praecox* er oppgitt og helt absorberes av schizofreni begrepet... Det er imidlertid tvilsomt om

betegnelsen *dementia praecox* på ny vil slå igjennom... Det rimelige vil da være at man beholder betegnelsen *schizofreni* for de lidelser som vesentligst svarer til det tidligere *dementia praecox* begrepet, mens betegnelsen *schizofreniforme psykoser* refererer seg til de *schizofrenilignende* tilstander som i så mange henseender avviker fra de ekte *schizofrenier* (Langfeldt, 1954, s. 287).

Langfeldt mente at *schizofrenibegrepet* slik Bleuler benyttet dette hadde lite brukbarhet og svak validitet. Den ordinerte kuren for å bøte på dette var både å vende blikket mot Kraepelins *dementia praecox* for de virkelige *schizofrenier* og å bygge på og øke dette konstruktets presisjon under benevnningen *Ekte Schizofreni*, samt hans eget *schizofreniform-begrep*.

4.2 Den særnorske begrepsbruken

I internasjonalt perspektiv var det i før- og etterkrigstiden liten konsensus i begrepsbruk og forståelse vedrørende mentale lidelser generelt og for psykotiske forstyrrelser og *schizofreni* spesielt. Den Bleulerske innflytelsen medførte endringer, men disse skjedde med forskjellig takt og tyngde i land og miljøer som allerede var preget av ulik begrepsbruk og ulike teoretiske og kliniske tradisjoner. Først med introduksjonen av DSM-III (APA, 1980) kan det sies å ha oppstått internasjonal konsensus i begrepsbruken.

Den skandinaviske begrepsbruken for psykotiske og *schizofrene* lidelser var i førkrigstiden ulik den kontinentale- og amerikanske. Det var også særnorske trekk og skillelinjer innad i de skandinaviske tradisjoner. Skillet mellom *psykogene*- og *konstitusjonelle psykoser* (Langfeldt, 1954), var en utbredt skandinavisk begrepsbruk som ikke uten videre ble forstått utenlands. August Wimmer (gjengitt etter Langfeldt, 1937) sitt syn på psykiske prosessers etiologiske og symptomutformende rolle i psykoser og hans begrep *psykogene psykoser* hadde stor innflytelse i Danmark. I Norge sto fokuset på den arvede eller ervervede *konstitusjonen* sterkt, hvilket innebar en noe mer deterministisk og biologisk orientering enn i Danmark. Fra rundt 1960 vant betegnelsen *reaktive psykoser* stadig mer terreng (Kringlen, 2007), og også dette fremstår som et særnorsk fenomen. Det ble i 1967 (Frey 1967, gjengitt etter Kringlen, 2007) rapportert at det i Sverige kun var 5% av alle psykotiske tilstander som ble kategorisert som *reaktive*, mens dette i Norge utgjorde mellom 30-40%.

Freudiansk og psykoanalytisk tenkning hadde liten påvirkning på norsk psykiatri i førkrigstiden, men fikk øket innflytelse på fagfeltet under 1950- og 60 tallet. Harald

Schjeldrup, professor i psykologi ved universitetet i Oslo, hadde dog fattet interesse for psykoanalysen. Psykologi var først og fremst en akademisk vitenskap, men psykologenes psykometri ble ansett som relevant for mentale lidelser. Klinisk- eller abnormalpsykologi var ingen egen disiplin, men den såkalte *medisinske psykologi* (Vogt, 1923; Braatøy, 1938; Langfeldt, 1947) tok opp mye av psykologiske teorier. I Ragnar Vogts innflytelsesrike lærebok fra 1923, «*Medicinsk Psykologi og Psykiatri*», fastslår allerede i forordet at «Psykologien har den bredeste plass» og at: «Hovedsaken er at begripe sjælsvirksomheten som led i naturens sammenheng, kun derved kan psykologien bli fundament for psyko-terapi, pædagogik og anden psyko-teknik. Grundretningen har nær tilknytning til W. James, E. Kraepelin, S. Freud og A. Binet» (Vogt, 1923, forord).

Mer enn for sin *medisinske psykologi* var Vogt innflytelsesrik innenfor de klassiske psykiatriske domener, herunder klassifikasjon. Vogt presenterte i 1923 en kategorisering av mentale lidelser som består av to hovedgrupper :

I. Sindslidelser hos personer av (iallefald relativt) normal sjælelig utvikling (eller utviklingsmulighet).

A) Endogene former.

1. Manisk-Melankolsk psykose.

2. Schizofreni.

Typer: Hebefren form, Kataton form, Paranoid form, Komplet form, Abortive former og Utgangsformer.

3. Sindslidelser ved genuin epilepsi.

B) Eksogene former, herunder fra intoksikation og infektion.

C) Organogene sindslidelser.

D) Psykogene former.

1. Nevrotisk mentalitet (hysteriske- og tvangssyndromer)

2. Akute psykogene psykoser. (herunder psykogen pseudodemens og paranoiform reaktion).

3. Kroniske psykogene psykoser (paranoia og ”?paranoid reaktion (uten schizofrene drag)?”).

II. Sjælelige utviklingsanomalier.

A) Generelle utviklingsanomalier

1. Former av aandsvakhet.

2. Lettere grad av generell subnormalitet, herunder debilitet

(konstitusjonell sjelelig svakhet) og psykogene sindslidelser hos debile, samt dette i kombinasjon med alkoholisme og kriminalitet.

B) Partielle utviklingsanomalier, herunder Psykopatier, både hos subnormale, normale og supernormale samt nevrososer og psykogene psykoser på grundlag av psykopatier. (Vogt, 1923, s.232-241.).

Hva gjelder de ulike sub-gruppene av schizofreni så innebar det som ble beskrevet som *komplet form* en tilstand med blandede symptomer fra de andre former. *Abortive former* for schizofreni innebar varierende paranoide manifestasjoner. *Utgangsformer* var ment å beskrive en schizofren sub-gruppe med særlig sterke autistiske symptomer. Under *organogene sindslidelser* ville det inngå ulikartede manifestasjoner som homoseksualitet og bevissthetsnedsettelse ved ulike somatiske lidelser.

I følge Ødegård (gjengitt etter Kringlen, 2004) ble på denne tiden alle typer funksjonelle psykoser som ikke kunne klassifiseres som schizofreni eller manisk-depressive psykoser, kategorisert under termen *konstitusjonelle psykoser*, altså «på grundlag av psykopatier» (Vogt, 1923, s. 241). Dette representerte ulikheter i skandinavisk begrepsbruk og forståelse, da man i Danmark hadde en tilnærming som gjorde at flere slike tilstandsbilder ville bli beskrevet som *psykogene psykoser*.

Gabriel Langfeldts begrepsutvikling fant sted i dette særnorske og skandinaviske begrepsunivers. Langfeldt så de Ekte Schizofrenier som å være *endogene*, i den forstand at de oppstår fra og er uttrykk for ukjente, patologiske prosesser i sentralnervesystemet. De Schizofreniforme Psykoser kunne vurderes som *psykogene* om det for eksempel var indikasjoner på utløsende traumer som var gjenspeilet i psykosen. Schizofreniforme Psykoser kunne i følge Langfeldt også manifestere seg episodisk hos dem han betegnet som *psykopater*, tilsvarende dagens personlighetsforstyrrelser. Psykosen ville da ses som betinget av personligheten eller personens konstitusjon. *Konstitusjonen* eller *psykopatien* hadde, som de *psykogene* påvirkninger, både en *patoplastisk* effekt på symptombildet og en rolle i etiologien. Det særnorske skillet mellom *endogene* og *konstitusjonelle* psykoseformer var ikke å finne i internasjonal nomenklatur. Kontinentale og amerikanske nomenklaturer ville til gjengjeld kunne fremvise psykopatologisk begrepsbruk som ikke uten videre ville ha gjenklang i Norge, slik som «acute schizophrenic reaction», «paranoia and paranoid states» eller «other and unspecified psychoses» (Langfeldt, 1954).

Den mest særnorske av alle psykopatologiske konseptualiseringer var den Schizofreniforme Psykose, og det var også den som ble viet den største internasjonale oppmerksomhet. Gabriel Langfeldt ble i før- og etterkrigstiden hyppig sitert, og hans schizofreniform-begrep er det eneste psykopatologiske begrep av norsk opprinnelse som har satt tydelige spor og er inntatt i internasjonal nomenklatur

5.0 Depersonalisasjon som symptom ved Ekte Schizofreni

Langfeldt fremsatte symptomet depersonalisasjon som et definerende prosess-symptom for Ekte Schizofreni. Han introduserte med det et nytt perspektiv og en ny begrepsbruk i schizofrenifeltet. Den status Langfeldt ga symptomet depersonalisasjon vurderes som det mest karakteristiske ved hans beskrivelser og forståelse av det kliniske konstruktet Ekte Schizofreni. Formålet med dette kapittelet, i henhold til problemstilling 2, er således å drøfte hvorvidt Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet var en hensiktsmessig beskrivelse av et schizofrent tilstandsbilde. Dette vil besvares ved å belyse innholdet i depersonalisasjonsbegrepet hos Langfeldt og andre, og ved å vurdere hans bruk av begrepet opp mot øvrig forståelse av schizofreni og depersonalisasjon. Det vil også undersøkes om Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet har satt noen særnorske spor i forståelsen av schizofreni.

5.1 Depersonalisasjon før og nå

Depersonalisasjon var før Langfeldt i liten grad viet oppmerksomhet i psykopatologien utenfor Frankrike. Kraepelin (1909/1919) nevner ikke fenomenet overhodet. Bleuler (1911/1950) kommer to ganger inn på fenomenet i sitt verk, men uten at dette gis noen betydning. Så sent som i 1926 påpeker Lalande (gjengitt etter Berrios, 1996) at det ikke finnes noen ikke-franske ekvivalenter til begrepet *dépersonnalisation*. De første ganger man finner begrepet i fransk psykopatologisk litteratur er i 1890-årene. Fenomenet ble i de neste decenniér viet relativt stor oppmerksomhet i franske psykopatologiske miljøer, men da ikke som en del av symptombildet ved psykotiske forstyrrelser.

I 1898 definerte Dugas (gjengitt etter Berrios, 1996) begrepet depersonalisasjon som å beskrive en tilstand som innebærer det å miste opplevelsen av identitet og hvor det er en følelse av uvirkelighet overfor egne handlinger og opplevelser. Dugas påpekte også at det kunne være ekstreme tilfeller med en tvangsmessig følelse av at personligheten var i

oppløsning, samt at multiple personligheter kunne ha sammenheng med depersonalisasjon. Han hevdet at fenomenet depersonalisasjonsopplevelser var relatert til en rekke mentale prosesser, herunder både apati, oppløsning av oppmerksomhetsprosesser, igangsetting av automatisert aktivitet og pasientens persepsjon av sin egen tenkning som om den var noe fremmed. Med tanke på Langfeldts senere bruk av begrepet er det viktig å merke seg Dugas betoning av *som om* kvaliteten i opplevelsene. *Som om* aspektet ble også tydeliggjort når Dugas etter sin publisering ble kritisert for å ha relatert depersonalisasjon til multiple personligheter. Som Bernard-Leroy påpekte (gjengitt etter Berrios, 1996) er det en vesentlig forskjell i det å oppleve å ha flere personligheter og faktisk ha det. Den som har det vil per definisjon ikke oppleve det direkte.

Mayer-Gross (gjengitt etter Berrios, 1996) var mulig den første som kritiserte franske teoretikere for å inkludere for mye i depersonalisasjonsbegrepet, blant annet ved å vektlegge differensiering av depersonalisasjon og derealisasjon. Depersonalisasjon innebærer i følge Mayer-Gross endret og uvirkelig selv-opplevelse, mens derealisasjon innebærer opplevelse av endrede omgivelser. Det er viktig å legge merke til at personen opplever at det har skjedd eller skjer en endring, ikke kun en statisk tilstand av uvirkelighetsopplevelse. På tilsvarende måte hadde Mauz (gjengitt etter Langfeldt, 1937) fokus på at schizofreni oppleves som en subjektiv endring som innebærer at kunnskapen om denne endringen, ikke bare endringen i seg selv, medfører en trussel mot egoet med tilhørende katastrofefølelse. Hvor Langfeldt fant inspirasjon til å fokusere på et begrep som i 1937 var nærmest ukjent i Norge er uklart, men det er nærliggende å anta at det kan ha vært innflytelse fra arbeidene til Mayer-Gross og Mauz.

Endringer i selv-opplevelse, vurdert som isolert symptom eller som en forstyrrelse, var mangesidige og uklare fenomener ved forrige århundreskifte, og er det fremdeles. Det er fremdeles ingen utbredt konsensus om depersonalisasjon og derealisasjon er fundamentalt ulike fenomener, eller hvor grensen mellom disse skal trekkes. Om det er to aspekter av samme fenomen er ikke avklart. For eksempel Taylor og Vaidya (2009) beskriver depersonalisasjon som også å innebære fremmedgjorthet overfor omgivelsene. Depersonalisasjon er viet mer oppmerksomhet enn derealisasjon, også hos Langfeldt. Siden begrepets opprinnelse og Mayer-Gross sin differensiering, er depersonalisasjon blitt sett på som en forstyrrelse av funksjoner relatert til selvet. I dag beskrives depersonalisasjonsforstyrrelse i DSM-IV (APA, 1994) som en gjentatt eller vedvarende følelse av avstand eller fremmedgjorthet fra ens eget selv, hvor man for eksempel kan føle seg

som en automat eller som om man lever i en drøm. Fenomenet differensieres i dette systemet mot derealisasjon, men det påpekes at symptomene ofte forekommer hos samme individer. Depersonalisasjonsforstyrrelse kategoriseres i DSM-IV (APA, 1994) under dissosiative lidelser. Det er dog kontroversielt om depersonalisasjon skal vurderes som en forstyrrelse eller om det kun er et symptom, slik Taylor og Vaidya (2009) hevder at depersonalisasjon ikke rettferdiggjør noen klassifikasjonskategori overhodet. Det er i liten grad presentert teorier med stor forklaringsverdi for fenomenet, men det er i dag vanlig å vurdere det som for andre dissosiative forstyrrelser å innebære endringer i integrative funksjoner relatert til selvet. Dette vil inkludere en rekke kognitive funksjoner som hukommelse, tenkning og oppmerksomhet. Det er konsensus om at symptomet depersonalisasjon kan forekomme, uten å diagnostiseres separat, ved en rekke lidelser. Symptomet kan forekomme blant annet ved depressive-, dissosiative-, angstlidelser og post-traumatiske stresslidelser.

5.2 Depersonalisasjonsbegrepets norske kontinuitet

I den deskriptive schizofreni-historien står Langfeldt (1937) i ganske ensom majestet med sitt fokus på depersonalisasjon som en sentral del i et schizofrent symptombilde. Han så det endog som et karakteristisk *prosess-symptom* og dermed et direkte uttrykk for en antatt hjerneorganisk sykdom. Hverken før eller etter Langfeldt har depersonalisasjon hatt denne posisjonen i schizofrenifeltet. I dag er depersonalisasjon og schizofreni sett på som ikke-relaterte tilstander. Dette samsvarer med hvordan Sedman i 1963 (gjengitt etter Sierra, 2009) hevdet at uttalte depersonalisasjonssymptomer sjelden forekommer ved schizofreni, og slik også Mayer Gross i 1969 (gjengitt etter Sierra, 2009) hevdet at depersonalisasjon ikke hadde noen sammenheng med schizofreni. I Norge er det i noen grad annerledes. Langfeldts innflytelse på dette spesifikke området kan ses i sentral, norsk psykiatrisk litteratur helt opp i våre dager.

I Eitinger og Retterstøls «*Psykosser*» (1976) presenteres ganske ukontroversielt Bleulers grunnsymptomer som de sentrale symptomer ved schizofreni. At depersonalisasjon- og derealisasjonsfenomener beskrives som ofte å følge av Bleulers *autisme* er mer overraskende, og ikke noe som uten videre følger av Bleulers (1911/1950) beskrivelser og teorier. Utover de autistiske symptomene beskriver Eitinger og Retterstøl prosess-schizofrenien som å bestå av spaltnings- og influenssymptomer, samt derealisasjons- og depersonalisasjonsfenomener. Disse siste begreper gis altså i 1976 stadig en helt fremtredende plass i beskrivelsen av typiske schizofrenier. Denne stillingen for depersonalisasjons-

fenomener fremkommer også senere når Kringlen i «Psykiatri» (1990) beskriver derealisasjons- og depersonalisasjonsfølelser som sentrale fokusområder når man skal undersøke om en pasient har psykotiske symptomer og opplevelser som kan peke henimot en psykose. Kringlen bemerker også at «Kroppshallusinose» kan være et bedre uttrykk for «den snevert schizofrene depersonalisasjon». (Kringlen, 1990, s. 334). Senere beskriver Malt, Retterstøl & Dahl (2003) i sin «Lærebok i psykiatri» ett av schizofreniens grunnsymptomer som å bestå av en autisme som kan føre til influenssymptomer, passivitetsbevissthet, depersonalisasjon og derealisasjon. Denne norske begrepstradisjonen, som ovenfor er beskrevet, står i kontrast til det relative fraværet av depersonalisasjon i internasjonal schizofreni-litteratur. Depersonalisasjon blir eksempelvis ikke nevnt i internasjonalt anerkjente og hyppig refererte verk som «*Adult Psychopathology and Diagnosis*» (Hersen, Turner & Beidel, 2007) og «*Essentials of Schizophrenia*» (Lieberman, Stroup & Perkins, 2012). Det er følgelig fremdeles gitt en annen status til depersonalisasjonsfenomener i norske publikasjoner, og ikke minst et videre innhold. Å nevne depersonalisasjon i samme åndedrag som influenssymptomer og passivitetsbevissthet samsvarer ikke med internasjonal konsensus, men viser i stedet til kontinuiteten til Langfeldts arbeider på 1930-tallet.

Et dagsaktuelt eksempel på denne norske begrepsbruken kan også identifiseres i terrorrettsaken som gikk for norsk rett i 2012 (Oslo Tingrett, 2012). Oppnevnte sakkyndige psykiatere fremsatte her depersonalisasjon som et sentralt symptom på schizofreni og psykose. De sakkyndige Husby og Sørheim (2011) diagnostiserte tiltaltes tilstand som paranoid schizofreni. I deres sakkyndige rapport ble depersonalisasjonsbegrepet blant annet benyttet for å beskrive det patologiske i tiltaltes bruk av «vi» formen. Dette ble eksplisitt kritisert av psykologiprofessor Gullestad ved Universitetet i Oslo (Helljesen, 2012). Disse sakkyndige psykiatere skriver i den sakkyndige rapporten (Husby & Sørheim, 2011, s. 226) at observandens skiftning i å omtale seg selv som *jeg* og *vi* vurderes som et symptom som representerer uklar identitetsopplevelse og depersonalisasjon. Som en redegjørelse for hva en psykose er beskrives følgende: sansebedrag, tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, depersonalisasjon og derealisasjon (Husby & Sørheim, 2011, s. 232). Observanden beskrives også i denne sakkyndige rapporten å ha hatt en sykdomsutvikling med både positive og negative symptomer. De positive symptomer beskrives som henholdsvis vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, depersonalisasjon, og derealisasjon (Husby & Sørheim, 2011, s. 233). Som eksempler fra denne sakkyndige rapporten som burde vært grundigere diskutert ble det også i

aktors sluttprosedyre vist til tiltaltes bruk av «jeg/vi», og dettes relasjon til eventuell uklar identitetsopplevelse (NRK, 2012).

Det fremstår på bakgrunn av de ovenfor refererte psykiatriske lærebøker, samt fra den refererte sakkyndige rapporten, en særnorsk tradisjon i bruken av depersonalisasjonsbegrepet når det gjelder schizofreni og psykoser. Denne begrepsbruken fremstår også potensielt kontroversiell og uten entydig innhold.

5.3 Langfeldts depersonalisasjonsbegrep

Depersonalisasjon vurderes som det mest sentrale og karakteristiske begrepet i Langfeldts beskrivelse av Ekte Schizofreni. Han brukte også begrepet for å differensiere sub-grupper av Ekte Schizofreni, for å differensiere Ekte Schizofreni og Schizofreniforme psykoser, samt i prognostisk henseende. Langfeldt satt depersonalisasjon i høysetet for den kjerneopplevelsen av uvirkelighet han mente var et prosess-symptom.

Depersonalisasjon var et innholdsrikt begrep med uklare grenser hos Langfeldt. Han presenterte ingen begrepsdefinisjon, hvilket gjør det vanskelig å vurdere det eksakte innholdet han tilla begrepet. Han skilte depersonalisasjon og derealisasjon, men uten noen tydelig grense. Først og fremst er det påfallende at han vurderte influens og passivitetsopplevelser som å sortere under fenomenet depersonalisasjon, eller i det minste som å være avskygninger av samme fenomen. Det ble ikke dratt noen skarp grense mellom opplevelser av influens / kontroll / depersonalisasjon / projeksjon. Han beskrev for eksempel en egen sub-gruppe paranoid schizofreni hvor disse var preget av å ha hallusinasjoner, tankeprojeksjon, tanketyveri, passivitetsbevissthet «og andre symptomer på depersonalisasjon» (Langfeldt, 1937, s. 72). Den nære sammenhengen mellom influens-, depersonalisasjon- og passivitetsopplevelser fremkommer eksempelvis av hans beskrivelser av hvordan influensopplevelser av at tanker påføres fra noe utenfor, innebærer passivitets- og depersonalisasjonsopplevelser av endrede omgivelser og et endret selv uten egen vilje.

Depersonalisasjon var sentralt for å identifisere Ekte Schizofreni. I den akutte psykotiske fasen var depersonalisasjons- og influenssymptomer i følge Langfeldt ikke mulig å forklare psykologisk, og var derfor en markør for Ekte Schizofreni. Depersonalisasjon/influens var ifølge Langfeldt de virkelige *prosess-symptomene*, og ble rangert som mer prominente symptomer enn selv de mest velutviklede og umulige forfølgelses-vrangforestillinger. Slike vrangforestillinger måtte forekomme sammen med

depersonalisasjon og influens om disse symptomene skulle vurderes som markører for å identifisere begynnelsen på en prosess som, med stor sannsynlighet, ville ende med et *katastrofalt* og irreversibelt sammenbrudd i hele personens mentale kapasiteter.

Langfeldt påpekte at det er en vesentlig psykologisk forskjell på tilstander dominert av forstyrret tankeinnhold med forfølgelsesforestillinger og tilstander som innebærer primære *magisk-mystiske* depersonalisasjonsopplevelser. Han argumenterte for at den klare bevisstheten hos personer med Ekte Schizofreni ikke kan assimilere disse affektive-, emosjonelle- eller *instinktpregede* depersonalisasjonsopplevelsene, som han antok hadde et sub-corticalt utgangspunkt. Dette var det som ga den forvirringen og perpleksiteten man ofte kan se hos disse pasientene. Langfeldt introduserer dermed indirekte en forståelse som kan ses som å argumentere for to undergrupper av Ekte Schizofreni, henholdsvis de tankemessig- eller emosjonelt pregede, men han formulerte ikke dette eksplisitt. Han kan også forstås som å se depersonalisasjonsfenomener som å innebære en affektivt preget forstyrrelse, som penetrerer pasientens mentale liv på et fundamentalt vis.

Langfeldts sub-gruppe inndeling av Ekte Schizofreni er, med mindre variasjoner, i samsvar med Kraepelins (1909/1919) inndeling. Ut over den helt vesentlige introduksjonen av de Schizofreniforme Psykoser, var det klassifikatoriske bidraget fra Langfeldt oppdelingen av de paranoide schizofrenier, *dementia paranoides*, i tre sub-grupper. Pasientene som ble kategorisert som *dementia paranoides* viste fremtredende forfølgelses-vrangforestillinger og/eller symptomer på depersonalisering og influens. Formen, massiviteten og debuttidspunktet på disse symptomene ble av Langfeldt brukt for å differensiere innad i gruppen. Differensieringen baserte seg på at noen pasienter var grunnleggende preget av depersonalisasjon-influens og uten noen markerte forfølgelses-vrangforestillinger. Andre pasienter ville i akutfasen først og fremst ha primære og sterkt utviklede forfølgelsesforestillinger, selv om depersonalisasjon og influens ofte var vagt tilstede. Langfeldt hevdet at i gruppen hvor akutfasen var preget av depersonalisasjon-influens finner man ikke slike primære forfølgelses-vrangforestillinger, noe man gjør i gruppen betegnet som *dementia persecutiva*. Dette viser hvordan han vurderte depersonalisasjon-influens som primære prosess-symptomer; om det manifesterer seg forfølgelses-vrangforestillinger hos disse pasientene så var disse sekundære til de grunnleggende *prosess-symptomene*. Slike forestillinger vil oppstå når personen forsøker å tolke de primære influens- og depersonalisasjonsopplevelsene. Også for dem hvor fysiske influens-symptomer er det mest fremtredende i tilstandsbildet spiller depersonalisasjon ifølge Langfeldt en sentral rolle. De

fysisk-somatiske influensopplevelsene om prosesser i egen kropp ble hevdet å være nært knyttet til en opplevelse av at selvet endres. Depersonalisasjonen kunne her få et preg av perpleksitet over de fundamentale endringer som finner sted.

Langfeldts inndeling av Ekte Schizofreni i sub-grupper baserer seg i stor grad på hva han vurderer som *primære* og *sekundære symptomer*, og hvilke symptomer som fremstår *vage* eller *massive*. Han begrunner dog ikke en slik forståelse og beskrivelse tilstrekkelig grundig til på det grunnlag å forsvare en sub-gruppe inndeling. Selv om Langfeldt hevder at sub-gruppene fremstår *rene*, beskrives tilsvarende symptomer med ulik intensitet hos pasienter i alle sub-grupper. En katamnestisk vurdering fra akuttfasen hensyntar med sannsynlighet heller ikke variasjoner i symptombildet over tid. Dette antyder at å påtvinge symptomene betegnelsene *primære* eller *sekundære*, for gjennom det å kategorisere tilstandsbilder, kan være svakt begrunnet. Langfeldt kunne heller ikke påvise noen sammenhenger mellom sub-gruppe inndelingen av Ekte Schizofrenier og prognose, hvilket også indikerer at inndelingen ikke var en fruktbar tilnærming.

Langfeldt benyttet også depersonalisasjonssymptomer i differensieringen av Ekte Schizofreni fra Schizoreniforme Psykoser, og da særlig ut fra med hvilken massivitet disse symptomene fremsto. Selv om begge pasientgruppene i følge Langfeldt var preget av et schizofreni-aktig tilstandsbilde, var graden av depersonalisasjonssymptomer egnet til å differensiere gruppene. Depersonalisasjonsfenomener kunne forekomme i *vagere* former enn som massive *prosess-symptomer*. Depersonalisasjon trenger altså ikke per se å være et *prosess-symptom*. Det kan også forekomme ved Schizofreniforme Psykoser, men symptomene vil da være psykologisk forståelige. Symptomene vil ikke prege store deler av symptombildet med en slik intensitet som ved Ekte Schizofreni. Ved Ekte Schizofreni var i følge Langfeldt depersonalisasjonssymptomene så dominerende at andre symptomer av *patoplastisk* og *psykogen* karakter ikke fikk plass i det akutte symptombildet. De *psykogene* og *patoplastiske* symptomene ville derimot, parallelt med *vage* depersonalisasjonssymptomer, være tilstede i den akutte fasen ved Schizofreniforme Psykoser. Det er dog vanskelig å se at Langfeldt beskriver et kontinuum i styrken av depersonalisasjonssymptomer og hvor han trekker grensen mellom *massive* og *vage* symptomer. Det fremstår av beskrivelsene å være ulikheter i form og kvalitet, og ikke bare i intensitet.

Depersonalisasjon var også et sentralt prognostisk symptom for Langfeldt. Selv i gruppen *dementia percutiva*, som særlig er preget av vrangforestillinger om forfølgelse,

hevder Langfeldt at om det er moderate vrangforestillinger og samtidig forekommer noen grad av depersonalisasjon- og influenssymptomer, så er det graden av det siste som er bestemmende for prognosen. Massiv symptomatologi, med simultan forekomst av forfølgelses-vrangforestillinger og depersonalisasjon- influenssymptomer, var det som ga dårlig prognose. Depersonalisasjon gis altså en avgjørende betydning også hos dem hvor dette ikke er det mest fremtredende symptom. Langfeldt finner også at det er en sammenheng mellom massiviteten i symptomatologien og utfallet som innebærer at jo sterkere depersonalisasjon-influens symptomer i den akutte fasen, jo dårligere utfall. Depersonalisasjon-influens symptomer var prognostisk den mest uheldige faktoren og determinerende på tvers av andre symptomer. Denne symptomatologien predikerte i følge Langfeldt dårlig utfall i så godt som 100 % av tilfellene i utvalget.

5.4 Var Langfeldts depersonalisasjon et feilspor eller på sporet av det kjerneschizofrene?

Det er påvist karakteristiske symptomer for schizofreni (Nordgaard, Arnfred, Handest & Parnas, 2008), men ingen som er patognomiske. Depersonalisasjon kan derfor ikke vurderes som patognomisk for schizofreni, men vil i gjengse, internasjonale publikasjoner heller ikke beskrives som et karakteristisk symptom (Lieberman et al., 2012; Hersen et al., 2007). Depersonalisasjon rapporteres i en oversiktsstudie av Hunter, Sierra & David (2004) å forekomme hos 7% av ikke-innlagte personer med schizofreni, og opp til 36 % hos schizofrene pasienter under aktiv psykose. Depersonalisasjonssymptomer er likevel så hyppig forekommende ved andre mentale forstyrrelser at nesten 40% av alle inneliggende pasienter i noen grad har dette (Noyes, Hoenk, Kuperman & Slymen, 1977; APA, 2000). At depersonalisasjon er rapportert å forekomme hos omtrent en av tre personer som utsettes for livstruende situasjoner (Noyes et al., 1977; APA, 2000) antyder også at fenomenet er på et kontinuum mot normal psykisk fungering. Noyes et al. (1977) hevder at deres funn innebærer at depersonalisasjon må ses som en spesifikk respons på ekstrem fare. Dette stiller spørsmålstegn ved Langfeldts vurdering av dette symptomet som *primært* og et direkte uttrykk for en organisk tilstand. Den svekkelse av mentale funksjoner som finner sted ved schizofreni må antas å kunne oppleves som ekstrem fare. Symptomet har altså liten spesifisitet og er derfor i liten grad egnet til å diskriminere eller identifisere mentale lidelser, eventuelt med unntak av depersonalisasjonsforstyrrelse, hvor symptomene forekommer isolert. Ut fra dagens forståelse av depersonalisasjon, kan symptomet da vanskelig forstås som å ha stor prognostisk betydning, eller vurderes som markør for bestemte organiske prosesser. Det kan

likevel være feil å avskrive Langfeldts vektlegging av depersonalisasjon på dette grunnlaget, da han la noe annet i begrepet.

Når som det ovenfor er vist fremkommer at Langfeldt inkluderte influensopplevelser og passivitetsbevissthet i depersonalisasjonsbegrepet kan det likevel være relevant. Influensopplevelser vil typisk innebære opplevelsen av at man blir påvirket eller kontrollert utenfra. Passivitetsbevissthet vil typisk innebære opplevelsen av å være mottager for slike påvirkninger uten å kunne styre det. Utover auditive hallusinasjoner med kommenterende eller konverserende stemmer fremsetter DSM-IV (APA, 1994) bisarre vrangforestillinger om ytre kontroll som det eneste symptomet som alene kan tilfredsstille kriterium A for karakteristiske symptomer ved schizofreni. Opplevelser om påvirkning utenfra og om at tanker og følelser er fremmede eller ikke ens egne vil i henhold til bred konsensus være typisk for schizofreni, men denne opplevde fremmedheten vil ikke konseptualiseres som depersonalisasjon. Langfeldt brukte derimot depersonalisasjonsbegrepet som å inkludere subjektiv opplevelse av passivitet og slike karakteristiske tenkningsforstyrrelser. De influens- og passivitetsopplevelser som ligger i Langfeldts depersonalisasjonsbegrep er altså, om ikke patognomiske, de høyest rangerte symptomer i den konsensus definisjonen DSM-IV (APA, 1994) må hevdes å være. I ICD-10 (WHO, 1992) brukes betegnelsen førsterangssymptomer om tilsvarende symptomer.

Det kan således hevdes at Langfeldt, med en ganske annen begrepsbruk, mer enn 40 år før introduksjonen av DSM-III (APA, 1980) fanget mye av schizofrenibeskrivelsen i dette systemet, hvor særlig Schneiders (Schneider, 1959, gjengitt etter Oyebode, 2008) førsterangssymptomer (FRS) ble gitt en prominent plass. Det er dog omstridt om denne plassen for FRS er berettiget (Tandon & Carpenter, 2012; Nordgaard et al., 2008). En hovedinnsigelse har vært at FRS kan bidra til feildiagnostisering på tross av at symptomene har høy diskriminasjonsverdi, da de mangler spesifisitet for schizofreni (Carpenter, Strauss & Muleh, 1973). I en oversiktsstudie som gjennomgår FRS-studier fra 1970 til 2005 (Norgaard et al., 2008) fremgår at majoriteten av studier viser at FRS tross svært ulike prevalenstall har høy forekomst ved schizofreni, men at de også forekommer ved andre lidelser og derfor ikke er spesifikke for schizofreni. Fra denne studien fremgår at karakteristiske FRS, som er relatert til og inkluderer deler av det Langfeldt la i symptomet depersonalisasjon, hverken er nødvendig eller tilstrekkelig for å kunne identifisere schizofreni. Majoriteten av studiene som rapporteres av Nordgaard et al. (2008) konkluderer også med at FRS ikke kan anses som markører som kan predikere utfall, klart i strid med hva Langfeldt postulerte om

depersonalisasjons-, influens- og passivitetssymptomer. FRS vil blant annet med bakgrunn i slike funn få en mindre prominent plass i DSM-V når dette systemet planlegges publisert 2013, og en bisarr vrangforestilling vil da ikke lenger være tilstrekkelig for å tilfredsstille kriterium A (Tandon & Carpenter, 2012).

Tross depersonalisasjonssymptomers manglende spesifisitet og prognostiske betydning, og at Langfeldts begreper var svakt definert, kan det være prematurt å skrinlegge hans forståelse av disse symptomenes rolle i schizofreni. Kan det likevel tenkes at han beskrev noe essensielt? Nordgaard et al. (2007) påpeker at ut fra deres gjennomgang av FRS studier kan det fremstå to ulike symptomgrupperinger, henholdsvis en som inkluderer auditive hallusinasjoner og en som inkluderer «transitivistic symptoms». Det sistnevnte kan forstås som symptomer som gjenspeiler en opplevelse av at selvets grenser er svekket. Relatert til en slik forståelse kan være den *schizophrene grundstimmung* beskrevet av Gruhle (gjengitt etter Norgaard et al., 2008) på 1920 tallet. Gruhle representerte en fenomenologisk orientert tradisjon. Det han betegnet som en grunnstemning skulle beskrive en fundamentalt organiserende tilstand som innebar forstyrrelse i umiddelbar og direkte selv-opplevelse og følelse av eierskap til egne opplevelser. I følge Norgaard et al. (2008) er dette et perspektiv som er viet lite oppmerksomhet, men som støttes av nyere fenomenologisk orientert forskning. FRS innebærer en konkretisering av isolerte symptomer som er i kontrast til fenomenologisk helhetlige beskrivelser. I et mer fenomenologisk perspektiv kan FRS som omhandler passivitetsopplevelser mer spesifikt betegnes som «loss of ego-boundaries» (Oyebode, 2008), eller svekket grense mellom selvet og det som ikke tilhører selvet. Langfeldts beskrivelse av depersonalisasjonsfenomener, som omfatter mye av det som i dag betegnes som FRS, omhandler viktige fenomenologiske aspekter som med andre ord kunne beskrives som tap av- eller permeabilitet i ego-grenser. Ved et slikt tilstandsbilde vil pasientens opplevelse av *jeg* eller *mitt* ha brutt sammen og selvets enhet oppleves ikke intakt. Dette fremstår deskriptivt og fenomenologisk å kunne favne mye av en schizofren kjernetilstand, som konkret og individuelt kan manifestere seg som for eksempel tankekringkasting eller at bevegelser og tanker styres utenfra. Langfeldts depersonalisasjonsbegrep kan vurderes som å være overlappende til en *Schizophrene Grundstimmung* og til en fenomenologisk forståelse av svekkede ego-grenser. Dette er perspektiver som kan ha havnet i bakgrunnen på veien mot stadig mer operasjonaliserbare diagnostiske kriterier.

Langfeldts beskrivelse av lidelsestrykket og perpleksiteten som følger av udefinerbare *magisk-mystiske* depersonalisasjonsopplevelser, samsvarer i noen grad med hva som kan betegnes som *vrangforsettillingsstemning* eller *–atmosfære*. I følge Oyebo (2008) er dette ofte det første symptomet på schizofreni og kan gjøre pasienten svært perpleks. Det innebærer en udefinerbar og ubehagelig opplevelse av at virkeligheten grunnleggende har endret seg. Det vurderes å kunne være en utfordring å avgrense en slik *atmosfære* mot sekundære emosjonelle reaksjoner på kognitiv, perseptuell eller annen dysfunksjon. Det vil neppe lette en slik avgrensingsproblematikk om man som Langfeldt beskriver slike fenomener som å falle inn under depersonalisasjon. Likevel vurderes hans fokus på hvordan slike opplevelser har aspekter av angst og perpleksitet å kunne være i samsvar med en nyere forståelse av dette som vrangforestillings-atmosfære. Langfeldts påpekning av hvordan *magisk-mystiske* opplevelser kan gi opphav til sekundære vrangforestillinger kan også være et relevant perspektiv. Dette kan beskrive konsekvenser av pasienters forsøk på å forklare en endret grunntilstand av opplevelse av selvet i verden.

Flere av de positive symptomer som fremgår av dagens diagnosesystemer kan være produkter av fundamentale prosesser relatert til passivitetsopplevelser, som Langfeldt forsøkte å beskrive med depersonalisasjonsbegrepet. Det vil dog ikke være hensiktsmessig å betegne dette som depersonalisasjon, da det vil innebære avgrensingsproblematikk ovenfor andre og kvalitativt ulike fenomener av mindre patologisk karakter. Massimo Moscarelli (2009) presenterte med sin *deskriptive mikropsykopatologi* en teori og et utredningsverktøy i tråd med en slik forståelse. Han har utviklet operasjonelle definisjoner på det han ser som schizofrene kjerneprosesser, passivitetsopplevelsene, og skiller dette fra de mentale handlingene som pasienten gjør når han aktivt forsøker å forstå eller forklare disse fundamentale opplevelsene. Moscarelli hevder at det i dagens forskning og kliniske praksis ikke skilles mellom dette, og at det er produktene som måles og kategoriseres. Dette fremstår som å være i tråd med Langfeldts skille mellom fundamentale depersonalisasjonsopplevelser og de vrangforestillinger dette kan gi opphav til når pasienten forsøkte å forklare eller forstå disse *magisk-mystiske* opplevelsene. Den opplevelsesmessige essensen i schizofreni har i følge Moscarelli lenge blitt ignorert. Han hevder at kliniske intervjuer og diagnostisk utredningsverktøy blander og forvirrer om hva som er essensen, de grunnleggende passivitetsopplevelsene, og hva som er produktene av dette. Langfeldt kan vurderes som å ha vært på det sporet Moscarelli (2009) 70 år senere definerer og operasjonaliserer tydeligere,

men han bidro ikke rent lite til forvirring selv ved å betegne dette som depersonalisasjonsopplevelser.

Langfeldts forståelse av det emosjonelle aspektet av depersonalisasjon ved schizofreni kan fremstå som å være i konflikt med gjengs forståelse av både depersonalisasjon og schizofreni. Schizofreni har tradisjonelt vært sett på som en lidelse hvor forstyrrelse i tenkningen står sentralt, og hvor den affektive komponenten primært består i affektavflatning og negative symptomer. Depersonalisasjon beskrives i dag heller ikke med fremtredende affektive endringer (APA, 1994). I Schilders (1939) klassiske beskrivelser av depersonalisasjon ble derimot dette fremsatt som også å inkludere markerte endringer i emosjonene. Hans pasienter beskrev interesseløshet og vanskeligheter med å oppleve smerte, glede eller kjærlighet. Sierra og Berrios (2001) inkluderer også emosjonell nummenhet, samt manglende handlekraft, det å oppleve seg som tom for tanker og endringer i opplevelse fra alle sansemodaliteter, som å være ulike komponenter i depersonalisasjon. Med slike forståelser fremstår depersonalisasjon som mer relatert til hva vi i dag forstår som affektavflatning eller negative symptomer og potensielt mer relevant for schizofreni.

Schilder (1939) beskrev at pasientene med depersonalisasjonssymptomer opplevde fundamentale endringer i selv-opplevelse; som om de var døde eller ikke kunne føle, som om personligheten hadde forsvunnet, eller som om de var rene automater. Å oppleve at man er en automat fremstår som å kunne være en passivitetsopplevelse av mulig schizofren natur. Differensiering av om en slik depersonaliseringsopplevelse er av psykotisk karakter bør innebære et spørsmål om pasienten vet at han er den samme. Schilder (1939) påpekte at pasientene opplevde det «som om de var» livløse automater, ikke at de var det. Dette er et vesentlig skille og Langfeldts udefinerte skille mellom *vage* eller *massive* depersonalisasjonssymptomer kan innebære en slik differensiering, men er likevel så uklart definert at det til dels undergraver en hensiktsmessig bruk av depersonalisasjonsbegrepet. Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet var ikke egnet til å tydeliggjøre skillet mellom fremmedgjorthet overfor selvet, tanker og følelser, og passivitetsopplevelser overfor dette. Likevel illustrerer hans arbeid viktigheten av et slikt skille. Problemstillinger knyttet til *vage* og *massive* depersonalisasjonssymptomer og *som om* opplevelser kan også vurderes i et perspektiv av sykdomsinnsikt. I henhold til Ackners (1954) definisjon av depersonalisasjon kan alle modaliteter for opplevelse være involvert i en depersonalisasjonsforstyrrelse, men opplevelsene har ikke form av vrangforestillinger og innsikt er bevart. Ved en slik definisjon vil depersonalisasjon være et ikke-psykotisk fenomen. Spørsmålet om sykdomsinnsikt er et

aspekt som ikke problematiseres hos Langfeldt. Om han hadde problematisert dette grundigere kunne det mulig belyst hans skille mellom *vage* og *massive* depersonalisasjons-symptomer.

Det konkluderes med at Langfeldts forståelse av depersonalisasjon som å inkludere passivitets- og influensopplevelser og vrangforestillinger om kontroll var for vidt og for svakt definert, og egnet til å skape uklarhet om begrepenes innhold og om det de skulle beskrive. En svekkelse eller et sammenbrudd i evnen til å skille den indre og den ytre verden, eller i hva som er selv og ikke-selv, konseptualiseres og beskrives ikke godt som depersonalisasjon. Depersonalisasjon, både ut fra dagens og Langfeldts forståelse av begrepet, vurderes hverken som et spesifikt, patognomisk eller definerende symptom for schizofreni. Det er heller ikke egnet til å begrunne antagelsen om en eventuell *Ekte* schizofreni. Det er ikke belagt at det kan benyttes som markør for et *katastrofalt* utfall og kan ikke vurderes som å ha den prognostiske betydning Langfeldt hevdet. Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet vurderes derfor på denne bakgrunn ikke å ha vært en hensiktsmessig beskrivelse av et schizofrent tilstandsbilde. Det kan dog hevdes at depersonalisasjon ut fra et fenomenologisk perspektiv, eller som komorbid lidelse (Sierra, 2001), er viet for lite fokus i schizofrenifeltet. Langfeldts arbeid av 1937 vurderes som å ha fremhevet fenomenologisk sentrale sider ved schizofreni, som blant annet er relatert til endringer i selv-opplevelse og selvets permeabilitet.

6.0 De Schizofreniforme Psykoser

Med sitt arbeid publisert i 1937 hevdet Langfeldt å ha identifisert en schizofreni-aktig lidelse med god prognose. Hans konseptualisering av Schizofreniforme Psykoser var ment å beskrive et klinisk syndrom som i psykosens akutte fase fremsto med så schizofreni-aktige symptomer at Langfeldt anså det riktig å klassifisere dem under den konseptuelt overordnede schizofreni-paraplyen. I dette kapittelet er hovedproblemstilling nummer 3 i fokus, og målet er å belyse hvorvidt de Schizofreniforme Psykoser i Langfeldts utvalg var schizofreni-aktige. For å besvare denne problemstillingen vil det undersøkes om det kan identifiseres mønstre som kan belyse hvorvidt gruppen som helhet og de enkelte kasi bør betegnes som schizofreni-aktig, eller om tilstandsbildene i dette utvalget bedre kan beskrives på andre måter. Schizofreniform-konstruktet, i dagens bruk og slik Langfeldt brukte det, vil først belyses. Deretter vil Langfeldts schizofreniforme kasi tentativt rediagnostiseres i henhold til DSM-IV (APA, 1994).

6.1 De Schizofreniforme Psykoser i moderne tapning

De Schizofreniforme Psykoser er det eneste eksempelet på at psykopatologiske begreper fra Norge har blitt inntatt i internasjonale diagnostiske systemer. Man kunne derfor tenke seg at Langfeldts konseptualisering med det har fått sin berettigede eller uberettigede plass. En tilårskommen Langfeldt rakk å få med seg publiseringen av DSM-III (APA, 1980), og han var langt fra enig i at det var noen innholdsmessig kontinuitet fra hans opprinnelige konseptualisering til dette systemets bruk av schizofreniformbegrepet. Innlegget «*Definition of «Schizophreniform Psychoses»*» i American Journal of Psychiatry (Langfeldt, 1982), skrevet av en 87 år gammel Langfeldt, året før han døde, er kritisk: «No one familiar with my papers on schizophrenia and schizophreniform psychoses can avoid noticing that the DSM-III definition has nothing to do with the psychiatric states described in my papers» (Langfeldt, 1982, s. 703). Selv om «*nothing to do*» var å ta hardt i, er schizofreniformbegrepet slik det ble benyttet i DSM-III (APA, 1980) og senere utgaver av dette systemet og Langfeldts begrep innholdsmessig grunnleggende ulikt. Langfeldts schizofreniform-begrep kan derfor ikke vurderes kun basert på forskning om forstyrrelsen slik den er definert i dag, slik Langfeldts depersonalisasjonsbegrep, som ovenfor diskutert, heller ikke kunne vurderes kun ut fra dagens begrepsinnhold.

I dag klassifiseres de schizofreniforme forstyrrelser som hos Langfeldt under schizofreni i ICD-10 (WHO, 1992) og schizofreni og andre psykotiske forstyrrelser i DSM-IV (APA, 1994), og slik vil det tilsynelatende også forbli i de neste utgavene av disse diagnostiske systemene. Schizofreniform forstyrrelse, slik den i dag fremgår av DSM-IV (APA, 1994), differensieres fra schizofreni ved et varighetskriterium som innebærer at forstyrrelsen må ha vart mer enn 1 måned, men ikke over 6 måneder, samt uten krav om vesentlig funksjonssvekkelse som ved schizofreni. Forøvrig er symptomene det samme som for schizofreni. Schizofreniformkonstruktet kan vurderes utfra hva man i DSM-systemet har villet oppnå med den diagnostiske kategorien schizofreni. Langfeldt hevdet at Ekte Schizofreni kunne identifiseres basert på symptomene i akutfasen. I DSM systemet har man i tråd med Kraepelins tenkning tatt med varighet og forløp som nødvendige faktorer som må hensyntas om en schizofrenidiagnose skal benyttes. Schizofreniform-konstruktet fremstår dermed for det første som en diagnosekategori som skal benyttes i den hensikt å unngå at schizofrenidiagnoser settes på kortvarige og forbigående tilstander, og for det andre indirekte for å øke et annet konstruks presisjon. Det kan være hensiktsmessig å øke schizofreni-konstruktets presisjon på denne måten, men det er noe vesentlig annet enn Langfeldts

Schizofreniforme Psykose som hadde den implisitte hovedmålsetning å identifisere en god-prognose schizofreni-aktig lidelse.

I DSM-IV (APA, 1994) kan gode prognostiske tegn eller fraværet av disse spesifiseres, herunder debut av fremtredende psykotiske symptomer innen 4 uker etter de første merkbare forandringer, samt forvirring og perpleksitet i den mest aktive psykotiske fasen, god premorbid fungering og fravær av flat affekt. Vi kan i denne spesifiseringen se en viss kontinuitet til Langfeldt, men schizofreni og schizofreniform forstyrrelse i DSM-IV (APA, 1994) fremstår likevel ikke som konstrukter som skal beskrive fundamentalt ulike tilstander, slik de var det hos Langfeldt. Tvert i mot vil schizofreniform forstyrrelse i henhold til DSM-IV (APA, 1994) ofte være den akutte tilstanden i forløpet av schizofreni. Det kan derfor hevdes at man har et sykdomskonstrukt som ikke har noen avklart grense mot et annet sykdomskonstrukt, hvilket kan vurderes som å svekke førstnevntes validitet. Det har derfor også vært fremmet kritikk mot bruken av dette konstruktet.

Strakowski (1994) påpeker i sin gjennomgang av den empiriske litteraturen som sammenligner grupper av personer med schizofreni og schizofreniforme forstyrrelser at: «Symptom measures generally showed that patients with schizophreniform disorder resembled patients with schizophrenia, which is of no surprise given that this is true according to the definition of the syndrome» (Strakowski, 1994 s. 822). Når det også fremkommer at av dem som fikk diagnosen schizofreniform forstyrrelse utviklet de fleste andre lidelser, først og fremst schizofreni, antyder dette at validiteten for konstruktet kan være svak. Den diagnostiske stabiliteten er altså lav, eller med hensikt iboende i konstruktet kunne man hevde, hvilket stiller spørsmål ved diagnosens validitet. Strakowski (1994) er derfor på et empirisk og konseptuelt grunnlag kritisk til schizofreniform-konstruktets validitet. Det er også dem som er mindre kritiske og begrunner dette ved å ha påvist et mer fordelaktig utfall for denne forstyrrelsen relativt til schizofreni (Møller et al., 1989, gjengitt etter Marneros & Pillman, 2004). Strakowski (1994) påpeker i sin oversiktsartikkel «*Validity of Schizophreniform disorder*» at det generelt ikke er gjort nevrobiologiske funn som er egnet til på dette grunnlag å differensiere personer som har fått en schizofreniform diagnose fra et normal utvalg. DeLisi et al. (1983) og DeLisi, Hoff, Kushner, Caley & Stritzke (1992) påviste at forstørrede ventrikler var assosiert med dårlig utfall hos schizofreniforme pasienter. Den prognostiske betydningen av slike funn kan være informativt, men det fremgår også av DeLisi et al. (1992) sitt materiale at dårlige utfall tok seg formen av utvikling til schizofreni eller schizoaffektive forstyrrelser. Av deres utvalg av pasienter med schizofreniform forstyrrelse

hadde 58% ved oppfølging etter et år symptomer på aktiv schizofreni, samt 28% med diagnose residual-schizofreni, schizoaffektiv forstyrrelse eller affektive forstyrrelser. Beiser, Fleming, Iacono & Lin (1988) påpeker at det på gruppenivå er et differensiert utfall mellom gruppene med schizofreni og schizofreniforme psykoser. Gode prognostiske tegn i akutfasen av schizofreniform forstyrrelse i henhold til DSM-III (APA, 1980), herunder fravær av flat affekt, var assosiert med remisjon. Men de med dårlig utfall i den schizofreniforme gruppen var de som utviklet schizofreni eller hadde schizofreniform forstyrrelse så lenge eller med så store funksjonsutfall at de fikk denne diagnosen. Når symptomatologien er tilnærmet den samme og sub-gruppen med dårlig utfall er de som ender opp med en schizofrenidiagnose, kan diagnosen hevdes å ha svak validitet og lite brukbarhet.

Schizofrenikonstruktet i DSM-IV (APA, 1994) kan fremstå å være preget av tradisjonen fra Kraepelins forståelse av schizofreni, som per se å innebære en lidelse med kronisk forløp. Problemstillingene forbundet med en slik posisjon har vært tilbakevendende tema i schizofreniens historie. Det har vært et problem for forskningen (Langfeldt, 1937) og for menneskene med lidelsene, at det i klinisk utøvelse ofte har blitt vurdert at om en pasient med schizofreni viser remisjon var han i utgangspunktet feildiagnostisert. Det omvendte har også vært et problem, som med dagens schizofreniform diagnose, at om psykosen vedvarer eller om dens utvikling er dårlig, er schizofrenidiagnosen mer nærliggende. Når dagens konseptualisering for schizofreniforme psykoser kan hevdes å innebære begrenset informasjon av prognostisk betydning og det ikke er klare grenser mellom konstruktene schizofreni og schizofreniform psykose, antyder dette at dagens konseptualisering ikke er endestasjonen for den vitenskapelige debatten om Schizofreniforme Psykoser. Kan Langfeldts schizofreniformbegrep belyse og gi svar på noen av disse problemstillingene?

6.2 Langfeldts Schizofreniforme Psykoser

Konseptualiseringen Schizofreniforme Psykoser var av Langfeldt ment å beskrive et klinisk syndrom, som i psykosens akutte fase fremsto med symptomer som var så schizofreniaktige at tilstandene i klinisk praksis på 1920-tallet ble diagnostisert som *utvilsomme* schizofrenier. Likevel, i følge Langfeldt, var disse psykosene noe annet enn Ekte Schizofreni hva gjaldt symptomatologi, forløp og uidentifiserte sykdomsskapende prosesser. Den sammenhengen Langfeldt mente å kunne påvise, mellom symptomene i psykosens akutte fase og det videre forløpet, innebar at han hevdet å ha identifisert en gruppe blant schizofreniene som, i de aller fleste tilfeller, ville ha spontan tilfriskning mot full remisjon etter et ganske

kort psykotisk forløp. Gruppen kunne differensieres fra den store gruppen schizofrenier hvor et slikt potensiale ikke var tilstede. Et slikt funn ble av samtiden oppfattet som oppsiktsvekkende. Langfeldt kan hevdes å være den første i Norge som med en vitenskapelig fremgangsmåte forsøkte å identifisere og differensiere god-prognose- og dårlig-prognose schizofreni.

De Schizofreniforme Psykosene var i akuttfasen ofte preget av et heterogent, rikt og varierende symptombylde. På tross av at personene i denne gruppen ikke fremviste massive symptomer for *prosess-schizofreni* var symptombyldet, i følge Langfeldt, likevel så schizofreni-aktig at han fant det hensiktsmessig å beholde disse tilstandsbildene under den konseptuelt overordnede schizofreni-paraplyen. Dette fordi karakteristiske schizofreni-symptomer, først og fremst depersonalisasjon, projeksjon-, influens- og passivitetsopplevelser, ofte var til stede, men i *vage* former. Andre typiske schizofrene symptomer, som stereotype handlinger og katatoni, disorganisert tanke og språk, autisme og forestillinger om forfølgelse, kunne også forekomme i avbleket form. Tilstedeværelsen av disse symptomene i akuttfasen gjorde et slikt tilstandsbilde til forveksling likt de Ekte Schizofrenier. Det var ikke bare de *vage* prosess-aktige symptomene som fikk Langfeldt til å ville separere denne gruppen atypiske schizofrenier fra den store gruppen Ekte Schizofreni, men også tilstedeværelsen av andre symptomer. Ved Ekte Schizofreni var tilstandsbildet i akuttfasen så preget av massive *prosess-symptomer* at øvrige symptomer ikke manifesterte seg eller var mulige å identifisere. Symptombyldet ved Schizofreniforme Psykoser var derimot karakterisert ved en rekke *patoplastiske* manifestasjoner. Disse patoplastiske symptomene kunne fremstå både som nevrotiske, depressive, hysteriske, hypokondriske, i form av selv-refererende ideer, hypomane- og av annet slag, og kunne ha *psykogen-* og/eller *konstitusjonell* karakter. Det generelle tilstandsbildet kunne være preget av rikdom eller fattigdom i symptombyldet, og symptomene kunne variere i stabilitet, intensitet, varighet eller hvor isolerte de fremsto. De såkalte *patoplastiske* symptomene fremstår å representere en meget vid, inkluderende og løst definert kategori symptomer. Langfeldt påpekte også at det hos noen personer i denne gruppen kunne forekomme symptomer man kunne se hos andre psykosetyper, som ved manisk-depressive - eller organiske psykoser. De Schizofreniforme Psykoser ble også beskrevet som ofte å ha en akutt debut og identifiserbare utløsende faktorer som kunne gi seg uttrykk i psykogene symptomer. Premorbide personlighetstrekk ble også hevdet å kunne forsterkes under den aktive psykosen som *psykopati-aktige symptomer*, og kunne forveksles med genuine *prosess-schizofrene* manifestasjoner. Langfeldt konkluderer i

sitt arbeid av 1937 med at prosess-aktige symptomer av vag karakter og tilstedeværelsen av de schizofreniforme symptomer med stor sannsynlighet ville innebære en spontan remisjon etter kort tid, selv så schizofrent det måtte fremstå i den akutte fasen.

Langfeldt advarte mot å endre schizofreni- og schizofreniform diagnoser ved forløp og utfall som ikke var i tråd med prognoser og forventninger, og var insisterende om hvor ødeleggende det ville være for forskningen. Langfeldts schizofreniformbegrep, slik det er gjenspeilet i dagens diagnostiske systemer ved schizofreniform forstyrrelse, er dermed svært langt fra sin utløpshavn på Vindern i 1937. Ved at symptomene i dagens konstrukt er beskrevet som tilnærmet de samme som ved schizofreni og ved at det er innebygget i konstruktet at det skal endres til schizofreni om psykosen varer over 6 måneder eller vesentlig funksjonsutfall inntreffer, utgjør konstruktet nettopp det Langfeldt mente man måtte unngå om det skulle ha verdi.

6.3 Langfeldts Schizofreniforme kasi: Var de schizofreni-aktige?

Å forsøke å identifisere en god- eller dårlig prognose schizofreni ut fra symptombildet i akuttfasen er åpenbart meningsfylt, da dette kunne ha fundamentale konsekvenser for forståelsen og behandlingen av disse lidelsene. Langfeldts arbeid er derfor potensielt informativt om viktige forhold, og tilfredsstillende dermed det første kriteriet Tandon, Keshavan & Nasrallah (2008) fremsetter som sentralt i vurderingen av teoretiske modeller. For å vurdere gyldigheten av Langfeldts arbeid og hans Schizofreniforme Psykoser kunne grunnlaget for de funn han hevdet å ha gjort, og den konseptualisering dette resulterte i, vurderes i tråd med hvordan Cloninger, Martin, Guze & Clayton (1985) påpeker ulike nivåer og kriterier for validering av et sykdomsbegrep. Om Langfeldt faktisk lyktes i å identifisere symptomene som skiller Ekte Schizofreni fra Schizofreniforme Psykoser og andre forstyrrelser, vil da være sentralt i vurderingen av hans arbeid. I en slik vurdering måtte det belyses om symptomene han vektla i differensieringen representerer klare, naturlige grenser og diskontinuitet som avgrenser syndromene Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser fra hverandre og øvrige kliniske syndromer. Alternativt måtte det vurderes om det er uklare grenser, kontinuitet og glidende overganger til andre psykopatologiske tilstander. Det ville da også måtte vurderes om det ut fra hans materiale fremgår en homogenitet for gruppene av pasienter med Ekte Schizofrenier og Schizofreniforme psykoser, slik man må kreve for å kunne postulere adskilte kliniske syndromer, og hvorvidt det dermed er belegg for å hevde forekomsten av to differensierbare kliniske syndromer med schizofreni-aktige symptomer. I

en slik sammenheng ville en rekke sentrale spørsmål søkes besvart, herunder hvor stabile og konsistente de beskrevne kliniske bilder og syndromer fremstår. De Schizofreniforme Psykoser og de Ekte Schizofrenier ville som avgrensede kliniske syndromer implisitt måtte innebære en viss grad av forventning til forløp og prognose, og det måtte vurderes om dette fremgår av Langfeldts materiale. Om Langfeldts postulerte kliniske syndromer skulle ha potensiell gyldighet og brukbarhet måtte det også være eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier forbundet med konstruktene. Differensierbare nevrobiologiske funn, årsaksforhold og behandlingsrespons ville også kunne være viktige faktorer om man skulle vurdere gyldigheten av disse konstruktene. Før noen av disse sentrale spørsmålene eventuelt stilles i den hensikt å validere Langfeldts kliniske konstrukt, må et grunnspørsmål forsøkes besvart; var Langfeldts Schizofreniforme Psykoser schizofreni-aktige?

I 1937 antas det å ha vært nærmest selvinnsynende at tilstandsbildene må ha vært schizofreni-aktige, ettersom de var diagnostisert som *utvilsomme schizofrenier* ved en klinikk tilknyttet Universitetet i Oslo, av en professor som var forfatter av lærebøker og ansett som en fremstående kliniker. Om tilstandsbildene likevel var vesentlig ulike et schizofrent symptom-bilde, eller bedre kan beskrives som å tilhøre andre psykopatologiske kategorier, bør dette avklares før det gjøres en ytterligere valideringsprosess. Grunnlaget for en slik vurdering er å finne i Langfeldts kasusbeskrivelser.

Langfeldts schizofreniforme gruppe i hans arbeid publisert i 1937 består av 6 kvinner med en aldersfordeling fra 24 til 47 år ved innleggelse og 7 menn med en aldersfordeling fra 20 til 38 år ved innleggelse. Fem kvinner hadde full remisjon ved oppfølgingsstudiet og 1 var kurert *med defekter*. Seks menn hadde hatt en utvikling til full remisjon og 1 var kurert *med defekter*. Beskrivelsene fra de enkelte kasi i akuttfasen, slik denne er fremstilt i Langfeldts arbeid av 1937, fremkommer i Appendiks A-M. Det vil her gjøres en tentativ rediagnostisering av disse kasi, hvor det settes tentative diagnoser ut fra DSM-IV (APA, 1994). Hensikten er å vurdere om det kan identifiseres mønstre som kan besvare det grunnleggende spørsmål om de enkelte tilstandsbilder og gruppen som helhet bør betegnes som schizofreni-aktig.

Kasus 47. (se Appendiks A).

Kvinne, A. A. 28 år ved innleggelse med ganske akutt debut. Hadde en vesentlig bedring året etter innleggelse og som ved oppfølging var i full remisjon med god sykdomsinnsikt og opptatt av religiøse spørsmål. Langfeldt mener at han finner mange schizofreni-aktige

symptomer og symptomer på *splitting* ved utsagnet «it is as if there were two powers in me», samt et depressivt og manisk-depressivt preg i symptombildet. Det depressive preget var til stede og et bipolart preg vurderes å kunne ha vært til stede, men det er vanskeligere å se dette som schizofreni-aktig. Religiøst pregede forestillinger var relativt hyppig forekommende på den aktuelle tiden og depressive og angstpregede vrangidéer og -forestillinger relatert til religiøse spørsmål må ses i en personlig og kulturell kontekst. Pasientens opplevelse av å ha hatt «conflicting powers in her heart» gir på en slik bakgrunn derfor ikke inntrykk av å være schizofreni-aktig, men kan innebære eksistensielle-religiøse konflikter og grublerier med depressivt preg. Hva gjelder opplevelsen av å ha to krefter i seg, kan det vanskelig ses som symptomer på en schizofreni-aktig *splitting*. Selv om følelsen var intens, hadde den en klar *som om* kvalitet. Slik kunne også følelsen av at tankene var lukket inne innebære en opplevelse av at disse var kontrollert, men det var også her en klart uttrykt *som om* kvalitet. Hvordan djevelen faktisk ble opplevd å komme på besøk vites ikke. Slik kan også stemmene som ville at hun skulle synge forstås både som å ha et kulturelt betonet religiøst preg eller som kommanderende stemmer og auditive hallusinasjoner. Det fremstår forståelig at Langfeldt valgte å konseptualisere dette som å være schizofreniformt, men det er også en rekke symptomer som ikke bør ses som schizofreni-aktige. Disse symptomene fremstår mer som kulturelt relatert symptomutforming i en affektivt preget psykotisk tilstand. Både pasientens religiøst pregede konflikter, hennes svekkede energi og interesse for omgivelsene, samt hennes psykomotoriske agitasjon, stereotypi, sinne og irritabilitet innebærer at dette kan forstås som et depressivt preget symptombilde. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Major Depressive Episode, Severe with Psychotic features».

Kasus 64. (se Appendiks B).

Kvinne, H.M.H., som var 24 år ved innleggelse med sterke idéer om egen ubetydelighet og «evig død», samt et suicidforsøk forut for innleggelse. Akutt forverring kort tid etter innleggelse. Full remisjon etter et år. Tilstanden før en hjertelidelse inntraff var depressiv og tilsynelatende ikke-psykotisk, men Langfeldt mente at den deretter hadde et klart schizofreni-aktig preg med katatoni og influenssymptomer. Dette fremstår som et uttalt polymorft og ustabiltilstandsbilde, med uklar bevissthet og rikt symptombilde. På Langfeldts tid kunne denne kvinnens tilstandsbilde vært konseptualisert som for eksempel *cycloid psykose*, fremfor Schizofreniform Psykose. Karl Kleist (1926, gjengitt etter Marneros & Pillman, 2004) beskrev de cycloide psykoser med svingninger i polariteter av angst- glede, opphisselse- inhibisjon og hyperkinesi-akinesi, som alle synes å forekomme hos denne pasienten. I dag

kunne tilstanden betegnes som Brief Psychotic disorder (DSM-IV, APA, 1994), da pasienten viser typiske symptomer som hallusinasjoner, usammenhengende tale, motorisk uro og andre symptomer i tråd med en slik beskrivelse, utløst av en traumatisk opplevelse hos et sårbart individ. Men da den aktive psykotiske fasen går ut over varighetskriteriet for en slik forstyrrelse, vil man kunne betegne dette som Psychotic Disorder NOS (DSM-IV, APA, 1994). Det kan dog være en rimelig antagelse at dagens behandlingsmetoder kunne hatt en effekt som gjorde forløpet kortere. Det er vanskelig å vurdere disse symptomene så schizofreni-aktig som Langfeldt gjorde. At det forekommer symptomer som kan tolkes som forbigående katatoni eller influenssymptomer, bør ikke vurderes som schizofreni-aktig. Dette på bakgrunn av det øvrige varierte og ustabile tilstandsbildet. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Psychotic Disorder NOS».

Kasus 70. (se Appendiks C).

Kvinne, M.L. 39 år ved innleggelse, med mulig manisk episode 8 år tidligere. Fødsel og søvnvansker forut for innleggelse. Remitterende forløp med innleggelse samme år som oppfølgingsundersøkelse på tross av at betegnet som *fullt kurert* av Langfeldt. Både forløp og akutt tilstandsbilde kan fremstå som Bipolar psykose med «Mixed Episode» (APA, 1994) hvor det manifesterer seg symptomer på både «Manic Episode»- og «Major Depressive Episode». Det er sykliske manifestasjoner og et forløp preget av psykotiske episoder med tilfriskning i mellomliggende perioder. Langfeldt vektlegger hva han betegner som katatone symptomer som særlig schizofreniforme, men dette fremstår å bedre kunne beskrives som et affektivt symptom. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Mixed».

Kasus 74. (se Appendiks D).

Kvinne, A.M. 32 år ved innleggelse med abrupt innsettende psykose. Full remisjon etter 6 måneder. Det er klare depressive manifestasjoner, samt uttalte selv-refererende tendenser, mulige projeksjonssymptomer og paranoide vrangforestillinger av moderat type, men uten bisarr karakter. Det fremstår forståelig at Langfeldt betegnet det som å være noen schizofreniforme symptomer tilstede i det akutte symptombildet. Diagnostisk ville nok de tidlige innsettende og sterke depressive symptomene gjort at dette i dag ble vurdert som en alvorlig depressiv episode med psykotiske trekk. Om det vurderes på denne måten, er det uvanlig at de selv-refererende tendensene og vrangforestillingene tilsynelatende ikke hadde et depressivt preg, men også stemnings-inkongruente symptomer av dette slaget kan forekomme

ved en slik tilstand. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Major Depressive Episode, Severe With Psychotic Features».

Kasus 84. (se Appendiks E).

Kvinne, R.P. 25 år ved innleggelse med uavklart tilstand. Full remisjon etter 3 måneder. Det synes tvilsomt om det har vært en psykotisk episode. De eneste mulige indikasjoner på psykotiske symptomer er at pasienten et par dager før innleggelse rapporterte å ha sett «many queer things» og «thought she was to be punished», men dette fremstår som svake indikasjoner. Etter innleggelsen beskrives ingen klare psykotiske symptomer. Dette fremstår som en depressiv enkelt episode, sannsynligvis ikke psykotisk, og mulig med en komorbid angstlidelse. Langfeldt påpeker at det her ikke er noen spesifikke prosess-schizofrene symptomer, og da særlig ingen med symptomer på depersonalisasjon, derealisasjon eller primære forfølgelsesvrangforestillinger. Da det heller ikke er noen vage eller avblekede schizofreni-lignende symptomer til stede fremstår det vanskelig å se hvordan dette kan betegnes som en Schizofreniform Psykose. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Major Depressive Episode, Severe Without Psychotic Features».

Kasus 78. (se Appendiks F).

Kvinne, E.M. 47 år ved innleggelse med ett tidligere opphold ved mentalsykehus og en tidligere rapportert episode med hallusinasjoner. Utskrevet etter 3 måneder som *kurert med defekter*. Det kan vurderes å være kontinuitet i pasientens adferd og symptomer før-, under- og etter innleggelse, med tilsynelatende stabile symptomer helt tilbake til ungdomstiden. Hennes negativistiske og lite funksjonelle adferd har tilsynelatende ikke noe schizofreni-aktig ved seg. Det såkalte symboldeliriumet eller en kort periode med hallusinasjoner, kan ikke vurderes å være schizofreni-aktig. Dette kan være et uttrykk for vedvarende kognitive og perseptuelle forstyrrelser som er forenlig med å vurdere dette som en personlighetsforstyrrelse av schizotypal type. Å konseptualisere dette som Schizofreniform Psykose synes ikke å være en god beskrivelse. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Schizotypal Personality Disorder».

Kasus 3. (se Appendiks G).

Mann, J.A.A. 24 år ved innleggelse. Utskrevet etter 5 måneder med full remisjon. Utskrevet til Lier Mentalsykehus hvor behandlerne uttalte at «The mental state was not typical of any known psychosis». Symptombildet fremstår atypisk, men det er intet schizofreni-aktig

beskrevet, og Schizofreniform Psykose fremstår som en uhensiktsmessig konseptualisering. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Bipolar Disorder NOS».

Kasus 10. (se Appendiks H).

Mann, E.G. 27 år ved innleggelse. Utskrevet etter 5 måneder med full remisjon. Et sammensatt tilstandsbilde, men som ikke fremstår schizofreni-aktig. Det Langfeldt beskriver som vage passivitetsopplevelser, vrangforestillinger og selv-refererende tendenser synes ikke å være av en avbleket- eller atypisk schizofren type. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Bipolar I Disorder, Severe with Psychotic features, Most Recent Episode Mixed ».

Kasus 16. (se Appendiks I).

Mann, O.G.H. 20 år ved innleggelse. Utskrevet etter 1 måned som *ikke kurert*, og har deretter et remitterende forløp. Kategoriseres ved oppfølging som *fullt kurert* av Langfeldt. Pasienten hadde forestillinger om og opplevde at han hadde «received into himself another being which put words into his throat and on to his tongue» og han «recognizes the word of the spirit there and is thus compelled to repeat it». Dette fremstår som å kunne være opplevelser av å bli kontrollert og at pasienten opplever å være en passiv mottager for denne påvirkningen. Dette kan endog synes å ha et bisarrt preg. Pasienten viser også disorganisert adferd og negative symptomer. Pasientens symptomer vurderes å tilfredsstille kriterium A for Schizofreni. Det er i tilstandsbildet også markerte depressive preg og dette synes å tilfredsstille kriteriene for «Major Depressive Episode». Dette blandede tilstandsbildet tilsier en konseptualisering i dag som Schizoaffectiv forstyrrelse. Det remitterende forløpet stiller spørsmålsteget ved Langfeldts kategorisering som *fullt kurert*. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Schizoaffective Disorder».

Kasus 17. (se Appendiks J).

Mann, T.H. 22 år ved innleggelse. Etter 8 måneders innleggelse *fullt kurert*. Det synes rimelig at Langfeldt vurderer pasientens symptomer som schizofreni-aktige. Symptombildet kan endog fremstå som mer schizofreni-aktig enn flere av dem han kategoriserer som å ha Ekte Schizofreni, men hvor disse ikke viser remisjon som denne pasienten. Det er begrenset med informasjon, men ut fra det som foreligger kan det fremstå som pasienten kan tilfredsstille dagens kriterier for Schizofreni. Det beskrives mulige indikasjoner på vrangforestillinger ved utsagn som «humanity must change itself», skjønt det er vanskelig å bedømme om

forestillingene har tilstrekkelig avvikende proporsjoner til å vurderes som dette. At pasienten «felt like Luther» er vanskelig å tolke, men kan være både en indikasjon på vrangforestillinger eller på upassende affekt. Han har auditive hallusinasjoner, mulig av kommenterende karakter, skjønt det er også indikasjoner på at det er sine egne tanker han mener å høre. Symptomene kan ut i fra den begrensede informasjonen som foreligger forstås enten som somatiske influenssymptomer eller hallusinasjoner («felt an undercurrent which ran downward in his head»). Pasienten har også disorganisert tale, som kan være en manifestasjon som følge av formelle tankeforstyrrelser, men alvorlighetsgraden av dette fremkommer ikke av beskrivelsen. Han har også mulig en katatont preget motorikk. Han fremviser negative symptomer, hvor manglende spontanitet og at han beskrives som *autistisk* kan antyde affektiv flathet. Pasienten har liten sykdomsinnsikt og uttalt funksjonsnedsettelse. Ved en strikt anvendelse av varighetskriteriene i DSM-IV (APA, 1994) vil «Schizophrenia, Single Episode In Full Remission» være en mulig diagnose. Tatt i betraktning at vi har minimalt med informasjon om hvordan symptombildet artet seg etter den aktive psykotiske fasen og tatt i betraktning at pasienten fra et moderne perspektiv må anses som ubehandlet, vurderes det likevel riktigst å konseptualisere dette i henhold til DSM-IV (APA, 1994) som «Schizophreniform Disorder». Gode prognostiske trekk vurderes å fremkomme av en akutt debut av psykotiske symptomer og god premorbid fungering. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Schizophreniform Disorder, With Good Prognostic features».

Kasus 24. (se Appendiks K).

Mann, T.H. 38 år ved innleggelse. Etter 2 ukers innleggelse fullt kurert. I et overveiende depressivt preget symptombilde er det vanskelig å se hvor Langfeldt finner schizofreni-aktige symptomer, men etter hans syn består dette av milde selv-refererende symptomer og vage paranoide forestillinger. Slike symptomer er ikke spesifikt schizofrene. Pasienten vurderes å kunne ha hatt en dysthym forstyrrelse forut for innleggelse, mulig med en komorbid angstlidelse, og en depressiv episode synes å følge og legge seg over denne. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Major Depressive Episode, Severe with Psychotic features».

Kasus 36. (se Appendiks L).

Mann, M.O. 26 år ved innleggelse. Innlagt 6 måneder. *Fullt kurert*. Tilstandsbildet fremstår som en manisk episode. Det er vanskelig å se noe schizofreni-aktig i dette symptombildet, men Langfeldt tolker paranoide vrangforestillinger om gift i maten og lignende som

schizofreniformt. Han anser også at det foreligger noen grad av passivitetsopplevelser, hvilket sannsynligvis følger av pasientens beskrivelser av sine opplevelser som at «...his soul is driving him, so that the body moved to orders.» og «...the spirit forces me, you see, and so I cannot remain in peace anywhere». Å forstå dette som passivitetsopplevelser synes å innebære en utvanning av begrepet, og har uansett ikke spesifisitet for å forstå det som schizofreni-aktige symptomer. De psykotiske manifestasjonene, også det Langfeldt velger å betegne som passivitetsopplevelser, er stemningskongruent overfor det overveiende maniske tilstandsbildet. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Bipolar I Disorder, Singel Manic Episode, Severe With Psychotic features».

Kasus 30. (se Appendiks M).

Mann, P.M. 20 år ved innleggelse. Symptomer siden ungdomstid. Innlagt 2 år. *Kurert med defekter*. Fra beskrivelsen fremkommer symptomer som delvis kan vurderes som å være på et kontinuum mot schizofreni-aktig symptomatologi. Da det ikke er klare psykotiske manifestasjoner er det likevel ikke en god konseptualisering å betegne dette som en Schizofreniform Psykose. I henhold til DSM-IV (APA, 1994) kunne dette betegnes som «Schizotypal Personality Disorder». At tilstanden er svingende og at personen i tider av mulig opplevd stress og påkjenninger kan vise symptomer som kan grense mot forbigående psykose, men uten at det i dette tilfellet tilfredsstiller kriteriene for dette, er forenlig med en slik konseptualisering. En tentativ diagnose i henhold til DSM-IV (APA, 1994) er «Schizotypal Personality Disorder».

Gruppen av Langfeldts schizofreniforme pasienter fremstår oppsummert med følgende tentative diagnoser basert på DSM-IV (APA, 1994):

Kasus 47. «Major Depressive Episode, Severe with Psychotic features».

Kasus 64. «Psychotic Disorder NOS».

Kasus 70. «Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Mixed».

Kasus 74. «Major Depressive Episode, Severe with Psychotic features».

Kasus 84. «Major Depressive Episode, Severe Without Psychotic Features».

Kasus 78. «Schizotypal Personality Disorder».

Kasus 3. «Bipolar Disorder NOS».

Kasus 10. «Bipolar I Disorder, Severe with Psychotic features, Most Recent Episode Mixed ».

Kasus 16. «Schizoaffective Disorder».

Kasus 17. «Schizophreniform Disorder, With Good Prognostic features».

Kasus 24. «Major Depressive Episode, Severe with Psychotic features».

Kasus 36. «Bipolar I Disorder, Singel Manic Episode, Severe With Psychotic features».

Kasus 30. «Schizotypal Personality Disorder».

Etter denne tentative rediagnostiseringen i henhold til DSM-IV (APA, 1994) fremstår det som et overordnet bilde at Langfeldts Schizofreniforme Psykoser utgjorde en meget heterogen gruppe tilstandsbilder. Utvalget vurderes ut fra dagens konseptuelle standard å ha bestått av både psykotiske og ikke-psykotiske kasi, affektive forstyrrelser, forstyrrelser innenfor schizofreni-spekteret og personlighetsforstyrrelser. Hovedproblemstillingen i dette kapittelet var å belyse hvorvidt disse tilstandsbildene var schizofreni-aktige, og eventuelt om de bedre kunne beskrives som andre psykopatologiske tilstandsbilder. Konklusjonen er at et stort flertall av Langfeldts schizofreniforme kasi ikke kan vurderes som schizofreni-aktige. Hvorvidt disse bedre kan beskrives som noe annet fremkommer av hovedtendensen som viser høy forekomst av affektive lidelser. Åtte av 13 kasi, hvilket utgjør 62%, kan vurderes som å ha vært affektive lidelser. Kun 4 kasi, nummer 78, 16, 17 og 30, fremstår med symptomatologi som vurderes å være på et kontinuum mot et schizofrent symptomtilbilde, men to av disse, kasi 78 og 30, vurderes ikke som psykotiske.

Resultatene i denne hovedoppgaven samsvarer på de mest sentrale områder med den eneste studien (Bergem et al., 1990) som er gjort på et annet pasientutvalg i Langfeldts schizofreni-arbeider. Utvalget i Bergem og medarbeidere sin studie er dog fra et noe senere arbeid (Langfeldt, 1939). Bergem og medarbeidere vurderer, i samsvar med funnene i denne hovedoppgaven, at flertallet av Langfeldts Schizofreniforme Psykoser i utvalget de studerte ikke var schizofreni-aktige, og at det var en høy forekomst av affektive forstyrrelser. Utvalget som ble rediagnostisert av Bergem og medarbeidere var betegnet som *tvilsomme* schizofrenier og angitt med et spørsmålstegn bak diagnosen schizofreni når denne ble satt av professor Vogt og hans medarbeidere. Utvalget i denne hovedoppgaven var i akutfasen diagnostisert som *utvilsomme* schizofrenier, og 13% av disse ble av Langfeldt klassifisert som Schizofreniforme Psykoser. Langfeldt klassifiserte 55% av de *tvilsomme* schizofreniene i utvalget Bergem og medarbeidere rediagnostiserte som å ha vært Schizofreniforme Psykoser. Dette arbeidet bidro til å ytterligere befeste den sterke posisjon Langfeldt (1937) fikk etter utgivelsen av «*The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease*». Bergem og medarbeidere rediagnostiserte både de kasi fra dette utvalget som Langfeldt klassifiserte som Ekte Schizofrenier og de han betegnet som Schizofreniforme Psykoser. I denne hovedoppgaven ble kun de Schizofreniforme Psykoser rediagnostisert. I

studien av Bergem og medarbeidere er det rediagnostiserte utvalget presentert under ett, slik at det ikke fremkommer spesifikt hvordan de Schizofreniforme Psykoser ble diagnostisert. En slik spesifisering kunne vært ønskelig i denne sammenhengen, da det hadde muliggjortgjort en mer direkte sammenligning med funnene i denne hovedoppgaven. I Bergem og medarbeidere sin publikasjon er heller ikke de enkelte kasi og deres beskrivelser presentert.

Bergem et al. (1990) reklassifiserte utvalget i henhold til DSM-III-R (APA, 1987) og ICD-9 (WHO, 1979). Fire psykiatere diagnostiserte hvert kasus separat og bestemte en konsensusdiagnose i fellesskap når det var avvik i diagnostiseringen. Inter-rater reliabiliteten mellom psykiaternes diagnoser var moderat, på nesten 0.50. At det ikke ble oppnådd høyere inter-rater reliabilitet begrunner forfatterne med at det var gammeldags psykopatologisk terminologi som ble tolket ulikt. Dette fremstår ikke å være den eneste mulige årsaken til at det ikke var større konsensus i diagnostiseringen. Hverken Langfeldt selv, Bergem og medarbeidere, eller forfatteren av denne hovedoppgaven, har møtt pasientene under den aktive psykotiske fasen, hvilket gjør at diagnostiseringen er grunnleggende beheftet med usikkerhet. Den moderate inter-rater reliabiliteten hos Bergem og medarbeidere kan også være et uttrykk for at utvalget består av kasi som var utfordrende å klassifisere.

En kunne ha forventet at det i utvalgene i denne hovedoppgaven og i studien av Bergem og medarbeidere, ble identifisert en høy forekomst av stemnings-inkongruente symptomer hos de kasi hvor det ble vurdert å være affektive forstyrrelser. Dette kunne ha vært en faktor som vanskeliggjorde diagnostiseringen for Vogt og Langfeldt, og som bidro til at de vurderte affektive tilstander som schizofreni-aktige. Stemnings-inkongruente symptomer kunne også ha vært en faktor som svekket inter-rater reliabiliteten i studien til Bergem og medarbeidere. Så er ikke tilfellet. Det fremkommer både i oppgaven her og i studien av Bergem og medarbeidere at det kun er et fåtall kasi hvor stemnings-inkongruente symptomer kan tenkes å vanskeliggjøre en klassifisering av tilstandsbildene som affektive.

Det fremgår av artikkelen til Bergem et al. (1990) at av andelen i utvalget som var betegnet som Schizofreniforme Psykoser utgjorde de fleste affektive forstyrrelser. Det er også beskrevet forekomst av reaktive psykoser, nevroses og tilpasningsforstyrrelser, hvilket ikke samsvarer med rediagnostiseringen gjort i denne hovedoppgaven. Dette vurderes delvis å være et uttrykk for endret klinisk konseptualisering siden Bergem og medarbeidere publiserte sin studie for 22 år siden. Det Bergem og medarbeidere betegner som nevrotiske forstyrrelser antas å skulle beskrive de kasi som ble diagnostisert som blant annet hysteri, hypokondri,

nevrotisk depresjon, sosial fobi og konversjonsforstyrrelser i henhold til DSM-III-R (APA, 1987) og ICD-9 (WHO, 1979). Tilsvarende forstyrrelser identifiseres ikke som primære i denne hovedoppgaven. Det er derfor på dette området et manglende samsvar mellom studiene som ikke kan tillegges bruk av ulike diagnostiske systemer. Forekomsten av tilstandsbildene betegnet som nevrotiske var dog lav i Bergem og medarbeidere sin studie. Det er en høyere forekomst av personlighetsforstyrrelser i denne hovedoppgaven enn i studien av Bergem og medarbeidere, hvilket kan antyde at noen av de kasi som hos dem ble vurdert som nevrotiske her hadde blitt vurdert som personlighetsforstyrrelser. Bergem og medarbeidere vurderer også et fåtall kasi som tilpasningsforstyrrelser og reaktive psykoser. Tilstandsbilder vil ikke kunne klassifiseres som reaktive psykoser i dagens diagnostiske systemer. Tilsvarende tilstandsbilder vil ofte kunne klassifiseres innenfor kategorier som Akutt og Forbigående Psykose (WHO, 1992), Brief Psychotic Disorder (DSM-IV, APA, 1994) eller Psychotic Disorder NOS (DSM-IV, APA, 1994). Det vurderes derfor å kunne være samsvar mellom studien av Bergem og medarbeidere og denne oppgaven på dette området, tross ulike psykopatologisk begrepsbruk. Bergem og medarbeidere identifiserer et fåtall tilpasningsforstyrrelser, hvilket ikke samsvarer med funnene i denne hovedoppgaven. Dette kan ikke forklares med bruken av ulike diagnostiske systemer. I denne hovedoppgaven ble det ikke vurdert at noen kasi best kunne beskrives som å ha utviklet symptomatologi som en psykologisk reaksjon på identifiserbare stressorer. Utvalget i oppgaven her er av en slik størrelse ($n=13$) at de tydelige hovedtendensene primært er det som bør tillegges vekt. Hovedfunnet i studien til Bergem et al. (1990), at en stor del av utvalget ikke var schizofreni-aktige, og at flertallet av disse var affektive forstyrrelser med psykotiske trekk, er klart i samsvar med vurderingene i denne hovedoppgaven.

Det har vært hevdet (Hirschowitz, Casper, Garver & Chang, 1980) at schizofreniforme forstyrrelser kan være atypiske kasi av affektive forstyrrelser med schizofreni-aktige trekk. Naz, Bromet & Mojtabai (2003) hevder at Bergem et al. (1990) sin studie støtter en slik hypotese, og funnene i oppgaven her ville med tilsvarende argumentasjon også kunne hevdes å støtte dette. Det er dog vanskelig å se at Bergem et al. (1990) skulle anses å gi slik støtte, eller at funnene i denne hovedoppgaven styrker en slik hypotese. Tvert i mot fremkommer det i denne hovedoppgaven, og i studien til Bergem og medarbeidere, at flertallet i utvalgene ikke hadde schizofreni-aktige trekk, og endog at flertallet av de kasi som ble rediagnostisert som affektive forstyrrelser ikke var utpreget atypiske. I denne oppgaven, som også på dette punkt samsvarer med studien av Bergem og medarbeidere, påvises ingen høy forekomst av

stemnings-inkongruente symptomer ved de tilstandene som rediagnostiseres som affektive forstyrrelser, og heller ingen høy forekomst av schizoaffective forstyrrelser. Bergem og medarbeidere hadde også en høy inter-rater reliabilitet i den grunnleggende differensieringen mellom schizofreni og affektive forstyrrelser, hvilket antyder at flertallet av kasiene ikke var utpreget atypiske. En slik grunnleggende differensiering var også tydelig i denne hovedoppgaven. Oppgaven her og studien av Bergem et al. (1990) omhandler det Langfeldt betegnet som Schizofreniforme Psykoser, og kan ikke vurderes som å støtte hypoteser om at schizofreniforme forstyrrelser ut fra dagens konseptualisering (DSM-IV, APA, 1994) egentlig er affektive forstyrrelser.

Langfeldt utfordret den diagnostiske praksis som lå til grunn for Ragnars Vogts bruk av en vid og svakt avgrenset schizofrenikategori, hvilket inkluderte svært ulike og heterogene tilstandsbilder. Han påpekte utfordringene forbundet med et for inkluderende schizofrenibegrep og han bidro til øket presisjon i konseptualiseringen. Dagens snevre schizofrenibegrep kan i følge Carpenter, Heinrichs & Wagman (1985) ha bidratt til å skape en tilsvarende utfordring hva gjelder de heterogene affektive forstyrrelsene. På Langfeldts tid var det betydelig mindre presisjon i schizofrenibegrepet enn i dag, til gjengjeld var det en snevrere konseptualisering av affektive forstyrrelser. Det kan være problematisk at en stor del av Langfeldts Schizofreniforme Psykoser i denne hovedoppgaven og i studien av Bergem et al. (1990), vurderes som å ha vært affektive forstyrrelser. Dette fordi det kan hevdes at dagens homogene og reliable schizofrenibegrep har gått på bekostning av en heterogen og svakt definert gruppe affektive lidelser. Carpenter et al. (1985) hevder at det har vært en økende tendens til å tvinge tilstandsbilder som ikke passer inn i en gitt nosologisk kategori over i den vide kategorien affektive forstyrrelser. De påpeker at blant annet det kliniske konstruktet «god-prognose-schizofreni» har forsvunnet i denne prosessen. Slike argumenter kan anses som innsigelser mot konklusjonene i denne hovedoppgaven og i Bergem et al. (1990) sin studie. Hovedtendensene fremstår likevel så tydelige at en konseptuell problematisering som av Carpenter et al. (1985) ikke endrer på hovedkonklusjonene.

Den eventuelle eksistensen av det kliniske syndromet Schizofreniforme Psykoser hviler på antagelsen om at dette var schizofreni-aktig. Langfeldts Schizofreniforme Psykoser i hans første og gjennombruddspregede schizofrenistudie synes 75 år etter ikke å ha vært schizofreni-aktige, men å ha bestått av heterogen samling ulike tilstander hvorav flesteparten var affektive forstyrrelser. Det vurderes derfor ikke å være belegg i Langfeldts arbeid av 1937 for å postulere forekomsten av det kliniske syndromet Schizofreniform Psykose.

7.0 Avslutning

Langfeldts forsøk på å beskrive og differensiere Ekte Schizofreni og Schizofreniforme Psykoser føyer seg inn i en lang og viktig hovedlinje i schizofreniens historie. En historie preget av at man har forsøkt å skille antatte kjerne-schizofrenier med nevrobiologiske grunnlag og dårlig prognose fra andre schizofreni-aktige tilstander med bedre prognose. Dette er stadig et sentralt forskningsområde (Murray, O'Callaghan, Castle & Lewis, 1992). Denne oppgaven har belyst mot hvilket psykopatologiske bakteppe Langfeldts arbeider fant sted, hvilket har vist at konseptuelle prosesser kan ha stor betydning både for forskning og klinisk praksis. Det er også belyst at bevissthet om den semantiske arven fra begreper av eldre opprinnelse kan være viktig, og at det foreligger en kontinuitet fra Langfeldts arbeider til dagens begrepsbruk om depersonalisasjon og schizofreni. Vurderingene som er gjort av Langfeldts bruk av depersonalisasjonsbegrepet indikerer at dette ikke innebar en hensiktsmessig beskrivelse av symptombildet ved schizofreni. Selv om Langfeldts depersonalisasjonsbegrep anses for svakt definert, for inkluderende og uten nødvendige avgrensninger til andre fenomener, vurderes også hans arbeider å ha fremhevet fenomenologisk sentrale deler ved schizofreni som kan ha blitt viet for lite fokus i moderne forskning. Den tentative rediagnostiseringen av Langfeldts schizofreniforme kasi i henhold til DSM-IV (APA, 1994), indikerer at utvalget besto av en heterogen gruppe tilstandsbilder og at flertallet av disse ikke var schizofreni-aktige. Det innebærer at det han betegnet som Schizofreniforme Psykoser ikke anses å ha utgjort et avgrenset schizofreni-aktig klinisk syndrom, og dermed heller ikke et syndrom som er glemt av ettertiden. Dette antyder at Langfeldt ikke identifiserte noe som kan betegnes som god-prognose schizofreni eller symptomer med særlig god prognostisk betydning for pasienter med schizofreni.

Langfeldts verk fra 1937 hevdes likevel å være viktig og noe mer enn en vitenskapshistorisk kuriositet. Hans arbeid påviste at pasienter med psykotiske symptomer som var vurdert å ha dårlig prognose likevel hadde remisjon, og hadde en viktig rolle i å skape erkjennelse for at remisjon forekommer i pasientgrupper hvor dette ikke er forventet. Langfeldt tydeliggjorde viktigheten av en differensiert konseptualisering og behandling for pasienter med et sannsynlig remisjonspotensiale fra de med betydelig risiko for et kronisk forløp. Dette bidro også til å problematisere datidens til dels ukritiske bruk av behandlingsmetoder for pasienter hvor det var stor sannsynlighet for spontan remisjon. Spørsmål relatert til remisjon for enkeltindivider eller sub-grupper av psykotiske lidelser og schizofreni er like aktuelt i dag (Torgalsbøen, 1999; Torgalsbøen & Rund, 2010).

I psykopatologiens konseptuelle historie har Langfeldt en viktig posisjon. Det snevre og reliable schizofrenibegrep som benyttes i dag (DSM-IV, APA, 1994) er et resultat av avgrensninger mot en rekke ulike tilstandsbilder med ulik benevning opp gjennom årenes løp, helt fra Kraepelins avgrensning mot organiske og manisk-depressive psykoser til dagens mulige inkludering av «Attenuated psychosis syndrome» i DSM-V (Tandon & Carpenter, 2012). De Schizofreniforme Psykoser og den Ekte Schizofreni har som kliniske konstrukter ikke tålt tidens tann, men var viktige brikker på veien mot bedre beskrivelser av mentale lidelser .

Referanser

- Ackner, B. (1954). Depersonalization: II. Clinical Syndromes. *The British Journal of Psychiatry*, 100, 854-872.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.utg. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.utg, tekst rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beiser, M., Fleming, J.A., Iacono, W.G. & Lin, T.Y. (1988). Refining the diagnosis of schizophreniform disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145(6), 695-700.
- Bergem, A.L.M., Dahl, A.A., Guldberg, C. & Hansen, H., 1990. Langfeldt's schizophreniform psychoses fifty years later. *British Journal of Psychiatry*, 157, 351–354.
- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms*. New York: Cambridge University Press.
- Berrios, G.E., Luque, R. & Villagràn, J.M. (2003). Schizophrenia: A conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111-140.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox and the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press. Utgitt 1911 med tittel: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.
- Braatøy, T. (1938). *Sorger og sinnslidelser: En populær innføring i medisinsk psykologi og psykiatri*. Oslo: Tiden.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S. & Muleh, S. (1973). Are there patognomic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of Schneider's first-rank symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 28, 847-852.

- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W. & Wagman, A.M.I. (1985). On the Heterogeneity of Schizophrenia. I M. Alpert (Red.), *Controversies in Schizophrenia: Changes and Constancies* (s. 25-37). New York: Guilford.
- Cloninger, R.C., Martin, R.L, Guze, S.B., & Clayton, P.J. (1985). Current Status of Schizophrenia as a Disease Concept. I M. Alpert (Red.), *Controversies in Schizophrenia: Changes and Constancies* (s. 12-24). New York: Guilford.
- Crow, T.J. (1985). The two syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-486.
- DeLisi L.E., Schwartz, C.C., Targum, S.D., Byrnes, S.M., Cannon-Spoor, E., Weinberger, D.R. & Wyatt, R.J. (1983). Ventricular brain enlargement and outcome of acute schizophreniform disorder. *Psychiatry Research*, 9(2), 169-71.
- DeLisi, L.E., Hoff, A.L., Kushner, M. Calev, A. & Stritzke, P. (1992). Left ventricular enlargement associated with diagnostic outcome of schizophreniform disorder. *Biological Psychiatry*, 32(2), 199-201.
- Eitinger, L. & Retterstøl, N. (1976). *Psykoset*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.
- Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Waterneaux, C. & Oepen, G. (1994). One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- Helljesen, V. (2012, 11. juni). NRK, *Nyheter*. Hentet fra <http://www.nrk.no/nyheter/1.8190739>
- Hersen, M., Turner, S.M. & Beidel, D.C. (2007). *Adult Psychopathology and Diagnosis* (3.utg.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hirschowitz, J., Casper, R.C., Garver, D.L. & Chang, S. S. (1980). Lithium response in good prognosis schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 137(8), 916-920.

- Hunter, E.C., Sierra, M. & David, A.S.(2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18.
- Husby, T. & Sørheim, S. (2011, 29. november). Rettspsykiatrisk Erklæring. *VG, Nyheter*. Hentet fra http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/psykiatrisk_vurdering/
- Kraepelin, Emil. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Huntington, NY: Krieger Publishing. Utgitt 1909 med tittel: Psychiatrie 8 Auflage.
- Kringlen, E. (1990). *Psykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2004). A history of Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry*, 15, 259-283.
- Langfeldt, G. (1926). *The endocrine glands and autonomic system in dementia praecox*. Bergen: J. W Eides Boktrykkeri.
- Langfeldt, G. (1937). *The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease*. Copenhagen: Munksgaard.
- Langfeldt, G. (1939). *The schizophreniform states*. Copenhagen: Munksgaard.
- Langfeldt, G. (1947). *Medisinsk psykologi og psykopatologi*. Oslo: Aschoug.
- Langfeldt, G. (1954). *Lærebok i klinisk psykiatri*. Oslo: Aschoug.
- Langfeldt, G. (1982). Definition of "Schizophreniform Psychoses". *American Journal of Psychiatry*, 139(5), 703.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S. & Perkins, D.O. (Red). (2012). *Essentials of Schizophrenia*.
- Malt, U.F., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Marneros, A. & Pillman, F. (2004). *Acute and Transient Psychoses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Middelton, W., Martin, J.D. & Moskowitz, A. (2008). Historical conceptions of dissociation and psychosis: Nineteenth and early twentieth century perspectives on severe psychopathology. I A. Moskowitz, I. Schafer & M.J. Dorahy (Red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (s. 9-20). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Millon, T. (2004). *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Moscarelli, M. (2009). Passive and active schizophrenia: Toward a new descriptive micropsychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1183-1196.
- Murray, R.M., O'Callaghan, E., Castle, D.J. & Lewis, S.W. (1992). A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 319-332.
- Naz, B., Bromet, E.J. & Mojtabai, R. (2003). Distinguishing between first-admission schizophreniform disorder and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 51-58.
- Noll, R. (2007). *The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*. New York: Facts on File.
- Nordgaard, J., Arnfred, S.M., Handest, P. & Parnas, J. (2008). The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 137-154.
- Noyes, R., Hoenk, P.R., Kuperman, S. & Slymen, D.J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 401-407.
- NRK (2012, 21. juni). *NRK, Nyheter*. Hentet 11. september 2012 fra <http://www.nrk.no/227/dag-for-dag/1.8213456>
- Oslo tingrett. (2012). *Domstolene, Oslo tingrett*. Hentet 11. september 2012 fra <http://www.domstol.no/no/Enkelt-domstol/Oslo--tingrett/Om-domstolen/Terrorsaken/>
- Oyebode, F.(2008). *Sims' Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology* (4. utg.). London: Elsevier-Saunders
- Schilder, P. (1939). The treatment of depersonalisation. *The Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 15(4), 258-266.
- Sierra, M. (2009). *Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome*. New York: Cambridge University Press.

- Sierra, M. & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 189 (9), 629-636.
- Strakowski, S.M. (1994). Diagnostic validity of schizophreniform disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 815-824.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. & Bartko, J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia: Part III. Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 61-69.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2008). Schizophrenia, "Just the facts": What we know in 2008. Part 1: Overview. *Schizophrenia Research*, 100, 4-19.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "Just the facts": 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.
- Tandon, R & Carpenter, W.T., (2012). DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 369-370.
- Taylor, M.A. & Vaidya, N.A. (2009). *Descriptive psychopathology: The signs and symptoms of behavioral disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Torgalsbøen, A. (1999). Full recovery from schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry Research*, 88, 143- 152.
- Torgalsbøen, A. & Rund, B. R. (2010). Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow-up: What happened? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(1), 70- 83.
- Trepper, T.S. & Shean, G.D. (2004). *Understanding and Treating Schizophrenia: Contemporary Research, Theory and Practice*. New York: The Haworth Press.
- Vogt, R. (1923). *Medicinsk Psykologi og Psykiatri*. Kristiania: Steenske.
- World Health Organization (1992). *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1979). *The ICD–9 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO. Hentet 11. september 2012 fra http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ICD-9_codes_290%E2%80%9393319:_mental_disorders

Appendiks A

Atypical (schizophreniforme) Cases in Women.

Case 47. A. A. born 8/6/1899. Admitted 12/9/27.

Discharged 29/1/28 to Lier Mental Hospital.

Family: Maternal grandmother and maternal aunt insane.

Temperament: Prepsychotically, peculiar, easily offended. Sensitive, excessively precise, but pliable, could not endure unpleasantness, many friends, lively and sociable.

Schooling: Very clever, marks from 1 to 2 (very good).

Onset of present disease. From 1926 onwards perplexed and worried. 11/5/27. Sudden fits of excitement with religious fears, loss of energy and interests, irritable, partly negativistic. At the Clinic she explained that 3 years ago she commenced to notice conflicting powers in her heart and to some extent also voices. The imaginative sweetheart motive indicated. Nonsensical during her stay, stereotyped. Repeated in a stereotyped manner that she had been rebellious towards God. No thought transference, but "it is as if it were locked in". Heard voices which said "sing and talk of Him who suffered". At times the Devil came and disturbed her so that she became disquieted. "It is as if there were two wills in me". With regard to the further course it was reported from Lier Mental Hospital in 1935: "On discharge on 29/1/28 (to her home) she was certified improved insanity (schizophrenia). She also took part in the work, but considered that she was sinful. Her mother came to the Hospital and reported that her daughter was rather difficult after discharge. Naughty and cross. It was the mother who suffered most as the daughter considered she was the cause of the latter's illness. She was capable both of hitting and kicking. Last winter (1929) very difficult, gradually, however, she became better, took an interest in the house-work and subsequently worked, partly at home and partly for a workman; she became quite well 5 years ago and has resumed her work at the factory".

Appendiks B

Case 64. H. M. H. born 17/12/04. Admitted 1/10/28.
Discharged home 18/3/29.

Temperament and character during childhood and growth. Merry, lively a "sunny-tempered" child. She was the joy of the family. Good, generous, obedient, sincere. Could be impetuous, quick-tempered, but it passed quickly over. Liked to go to school and was always among the first in the class. Well-liked, chatty, humorous, jolly. Interested in and solicitous for others. Briefly, a "model" child.

Present disease. Since the beginning of 1928 had gone in fear of being dismissed from her situation. In the Easter holidays she over-exerted herself on a ski trip. During the course of the summer (1928) became more and more run down with pronounced ideas of insignificance and eternal death. Under influence of narcotics tried to commit suicide, jumped off a rock. Fractured patellae.

At the Psychiatric Clinic: On arrival very deprimated but easy to establish contact with, can smile naturally. Says it was as if something drove her to attempt suicide. She was not quite clear. Believes that God has abandoned her. *Understands* that she is mentally ill. Complains of terribly bad smell and taste and considers that internal corruption has commenced. 5/10/28: She gives her explanations willingly and her talk is well-arranged with a particularly clear recognition of her condition. She has never thought that people stared at her or talked to her. *Definitely denies any thought influence.* Still thinks *she is the worst person in the world.*

17/2/29. She was in a remarkably smiling mood, felt slightly excited. Says that she received the answer suddenly during the night „9th Symphony”.

19/2/29. She had temperature, 40° C. and *septic angina* developed. *In connection with this a violent katatonic*

excitement developed with mannerism and hyperkinesis of marked stubbornness. Complete absence of contact, inadequate speech. During the remainder of her stay she was quite stunned and her consciousness was clouded. The following is an extract from the journal relating to this period:—

“She is difficult and *confused*. Eats practically nothing, grimaces very much, pouts. Does not answer when spoken to. Rips and pulls at anything put into her hands. 5/3/29. Lies in twisted katatonic fashion. Twists around with pillows and blankets, sits half-upright in bed with lifted, half-bent arms, bent and raised legs, twists eyes to an extreme side glance. Is negativistic. Answers quite *incoherently*”.

Treatment at a mental hospital was advised but her father took her home. After six weeks, however, he was obliged to send her to *Blakstad Mental Hospital* from which the following statement was received in 1929:—

„After discharge from the Clinic her condition fluctuated. She heard voices, tore off her clothes, generally answered disconnectedly, affected movements, walked with mincing gait, sang. Self-engrossed, negativistic. On arrival at *Blakstad Mental Hospital* on 2/5/29 no proper contact, disconnected speech, admitted hallucinations of sight and hearing. *Influenced by electric current from an apparatus in the passage. Believed she was hypnotised.* Gestures, grimaces, foolish laugh. Such was the condition until July when she began to be lucid and could be moved to the open ward. Became quite well, natural, easy to deal with and willing to work. Discharged: *not insane* 21/8/29”.

Appendiks C

Case 70. M. L. born 26/9/88. Admitted 21/6/27.
Discharged 6/8/27 (home).

Prepsychotic Temperament and Character. Natural in manner, rather quiet, but kind and not shy of people. Normally clever at school.

Present Disease. 8 years ago—after giving birth to a child—a fit of restlessness of a couple of days duration. Subsequently well untill June 1927. Then tired and sleepless, gradually nonsensical and unwilling to take food.

At Psychiatric Clinic. At first on the defensive, autistic, unwilling to take food, quite unapproachable in continual misery without answering questions. *Gradually quite easily approachable* with a natural exterior, talked with the other patients, but was somewhat quiet, admitted having been ill and auditive hallucinations. *Last week again autistic*, silent, shut in, with a rigid, perplexed anxious expression, made remarks to the effect that “they would not have her here”. The husband, who visited her, laid stress on her *entirely natural manner at intervals and before*.

In 1932 the husband wrote: “She is quite healthy, but often takes strengthening medicine”.

Appendiks D

Case 74. A. M. born 1/8/1896. Admitted 9/6/28.
Discharged 15/12/28 to her home.

Prepsychotic Temperament and Character. Kind, very sociable, irrepressive good temper. Had many good friends, very well-liked, chatty, interested in and solicitous for others. But sensitive, anxious, modest and uncertain in manner (inferiority complex?). On being offended became silent and shut in. *At school* very clever. (Chief mark: very good).

Onset of the disease: Previously no psychotic phases. Since 1927 had a fatiguing post as a pharmaceutical chemist. Suddenly *broke down* (28. March 1928) with pronounced ideas of inferiority and great self-reproach. Very egocentric. "*Others heard*" and "*caught up*" all she said. "*Believed that electric currents passed from her to Dr. A.*" Was first sent to Ullevaal Hospital. Improved, but was changed, was unwilling to associate with other people. After discharge had sudden impulses, went absurdly long walks, "*felt that she had to walk*". *Again a sudden change for the worse* with deep depression. Thought she was useless. Was then sent to the Psychiatric Clinic.

At the Psychiatric Clinic she appeared to suffer from *repression* (blocked?). Considerable *self-reference*. Believed that small articles were placed here and there on her account. Answered unreservedly "Yes" to questions concerning influence. (Twice when she was at Ullevaal said to her sister-in-law that whatever she said was caught up by electric currents and carried to Dr. A. At the same time, however, there were mechanics at work in the loft over the ward on the electric leads and this the patient is said to have been aware of). At the Clinic she did not offer any precise definition of what she meant by influence. *There was a continual undercurrent of thoughts of inferiority. She admitted suicidal ideas, cried, and was very repressed. Thought people had talked of her and stared a lot at her, (had heard her name mentioned in the adjoining room).* After a couple of weeks of disquiet and difficulty (but orientation preserved) *an almost complete cure took place during the course of two months.* She gained full insight into her disease and all psychotic symptoms disappeared. On discharge on 15/12/28 the following note was made: "She has been pleasant and contented, natural, gentle and helpful for several months. Industrious in practice, good needlewoman, easy, very handy and always willing to help. Pleasant with the other patients. Grateful for what has been done for her."

Appendiks E

Case 84. R. P. born 19/7/04. Admitted 5/2/29.

Discharged 9/4/29 to Blakstad Mental Hospital.

Family: Paternal grandmother insane.

Father a drunkard.

Prepsychotic temperament and character. Sociable, lively and happy. Very clever at school (chief marks 1.80—very good).

Onset of the disease. From Christmas 1928 quiet, "shut in" abstracted, moped and mused. Saturday 2/2/29 was beside herself, began to see many queer things, thought she was to be punished, "a catastrophe would occur". Now and again since Christmas had fits of a *hysterical nature*. Talked of making an end of herself.

At *Psychiatric Clinic* sits autistically, partly with a rapt smile. "I am so well, as well as I can be". Has done nothing wrong. Absolutely denies deception of the senses. Bites her lips and has a rigid smile for questions as to whether anyone has injured her. *Talked a little about an engagement which had been broken off.* She is fully orientated as regards time and place. Her answers are staccato and abrupt. The stupid part about it is that she had believed that he loved her. Now and again she bewailed herself.

25/3/29. Sits and wrings her hands and repeats continually that there is nothing the matter with her. She is well, quite well. She is very restless. If she once begins a movement it increases in intensity so that the whole of her body participates. She says "this is all unmerited". She appears very confused but is orientated as regards time and place. Now and again talks to herself. Is greatly distressed. Has not had her menstruation for six weeks. "*It is the punishment of Heaven which has fallen upon me*".

2/4/25. The patient lies and cries unceasingly. Very negativistic, is autistic, contrary. Said yesterday that she no longer had a home, she is to "stay out" for the rest of her life, she now understands that. 9/4. Condition unchanged, autistic, often weeping, negativistic. *Somatic anomalies:* struma, pulse about 90, doubtful exophthalmia. Discharged to Blakstad Mental Hospital. From there discharged home on 18/6/29. Nothing new in the symptomatology was disclosed. The diagnosis at the Hospital was *Insania ex Constitutione*. In reply to an enquiry the father wrote on 9/1/36 that she became quite well after an operation for struma in the summer of 1929 and has since been well.

Appendiks F

Case 78. E. M. born 18/8/81. Admitted 17/12/28.

Discharged 12/2/29 to Gaustad Mental Hospital.

Family: Maternal grandmother insane (mano-depressive), maternal aunt insane. Father alcoholic.

Temperament and character in childhood and youth.

Exceptionally hypochondrial, self-engrossed, anxious, fits of trembling. Very stubborn, friendless, badtempered and unreasonable, to a certain extent shrewish. Fairly clever at school.

Onset of the disease. In 1920 a brief period of hallucination. In 1923/24 was in a mental hospital. Autistic and difficult. After discharge more and more difficult, the years preceding admission to the Clinic she was in bed, full of criticism and disapproval.

At Psychiatric Clinic. In bed, thin, pale, miserable, "shut in". Sharp-tongued, very unpleasant. *Much egocentricity and pronounced symboldelirium* (verbal symbols with a one-sided erotic character).

Diagnosis: Schizophrenia (paranoid type).

At Gaustad Mental Hospital where she lay until 28/8/30 the condition was regarded as a *neurasthenic-hysterical chronic condition with some paranoid features* (there were inter alia traces of astasia-abasia).

After discharge she has lived at various boarding houses and managed fairly well, but has never become capable of earning an independent livelihood.

Her brother writes on 18/3/35. She is practically normal. Works her own clothes. Her condition on the whole must be said to be astonishingly good.

Appendiks G

Case 3. J. A. A. born 22/12/03. Admitted 23/8/27.
Discharged home 18/10/27.

Family: A maternal aunt insane.

Temperament and character during childhood and youth.

Gentle, open, natural manner, agreed well with everyone. Generous, absolutely honest but somewhat imaginative. Always merry and happy but nervous and often timid. Very clever at school (chief mark: very good).

Onset of the disease.

8 years ago a nervous period in which he felt he was persecuted. Subsequently quite well until in August 1927, after some abuse of alcohol, he became silent, abstracted, restless, without initiative, began to talk nonsense and became hallucinated.

At Psychiatric Clinic. Without initiative or interests, half dull, indifferent, some auditive hallucination, affect labil, either weeping or laughing foolishly. Gradually very disturbing with loud singing. Mood most nearly euphoric. Expression dull, vacant, appeared to some extent perplexed but with a natural smile now and again. Showed no spontaneity but his conduct otherwise was quite natural. *No ideas of persecution*, no particular self-reproach apart from penitence for his "boozing". Said he had drunk a lot. Answered *no* to questions regarding influence. It seemed to him as if he had now got a new voice, that is why he sang so much. Denied grandiose ideas, no ideas of a divine mission, no imaginative sweetheart. Appeared sluggish, was familiar with the doctor and called him "old boy", but passed the usual arithmetic tests, memory good.

From the report of the certifying doctor it appears that the patient now and again got excessively drunk at parties, but was otherwise of sober habits. *A fortnight before admission* the patient had been at a party. He drank brandy and beer but "for the most part home-distilled spirits and other filth". When going to work after this party he had felt funny, "had never been like it before, memory had gone", said that he "heard a lot of voices in his head but does not remember what the voices said". The doctor (a mental specialist) could not otherwise demonstrate psychotic features. From the patients statements, however, it appears—and this is important for the diagnosis—that during the period prior to admission he often woke at night in great fear,

believed he was to be put in the electric chair. During the last weeks at the Clinic increasingly restless, sang, danced, was hallucinated and treatment at a mental hospital was therefore advised. The family, however, wished to try having him at home and he was, therefore, discharged on 18/10/27. Shortly afterwards, however, (26/11/27) it was necessary to send him to Lier Mental Hospital. He was there until 11/8/28 and was then discharged as cured. According to a statement supplied by the hospital the mental state was not typical of any known psychosis. In the beginning he was somewhat hazy in orientation, superficial in his explanations and associations, uncertain as to whether he heard voices, but felt as if he were under compulsion. No ideas of persecution. Jumped up suddenly at night. Very restless, at times highly excited. Prone to gesticulate. From June 1928 more open, better, easier to deal with. Thoughts better arranged, gained insight into his disease but said he remembered nothing from the first period.

Further Course. Brother states 19/1/33: "He is quite fit to work. His mental State since discharged from Lier has been excellent. 26/3/36. He has been at work ever since he left Lier. He is now quite well. The only thing which can be noticed is his inferiority complex".

Appendiks H

Case 10. E. G. born 13/3/1900. Admitted 7/9/27.
Discharged home 11/2/28.

Family: A brother has been insane (now well). (Possibly a mild case of schizophrenia?).

Father: alcoholic, quarrelsome.

Temperament and character during childhood and youth. Very sociable, many friends, lively and merry. Fairly clever at school. During youth became gradually "shut in" shy, egocentric. Increasing lethargy and deprimation, hypochondrial, pondered much at home on religious questions. Took alcohol as a stimulant. Became worse after a long attack of gonorrhoea.

At Psychiatric Clinic. Self-engrossed, no interests and energy. Transitory religious excitement. *Reform ideas* (believed he was to reform the world in general). *Desire to be an author, mild signs of feeling of passivity* (imagination deprives his body of power so that he is crushed). *Thought that he was not actually persecuted but that he had a repellent effect on others, believed that people talked a lot about him, that he was poorly clad, conducted himself awkwardly, and in a peculiar manner, was shy.* Had therefore disliked going to meetings, thought everyone looked at him. Had had scruples about *masturbation*, believed that this was why the attack of gonorrhoea had lasted so long. People talked about and *made faces at him*, he noticed this on roads which were familiar to him. 9/9/27. Admitted *religious ponderings*, they were most in evidence 4 years ago, at that time felt himself to be a prophet, "the fact is, I believed that I was to reform the whole of the world". He then had visions, "I believed I was the Saviour Himself" a new figure "would make his life plainer than he had himself done". Thought he *saw* the Saviour that night. 8/10/27.

He lies at night full of self-reproaches because he has answered that and that person in such and such a manner. Cannot sleep. Appears despondent, *sorry and depressed*. 3/12/27. Says he has a desire to *reform the language*, the next day says he has an urge to reform politics. 11/2/28. Condition has been practically unchanged during his stay. He has been quiet and "shut in", sat much alone, with any interest in the surrounding world, always had some complaints to make. Most often answers evasively. Expression is somewhat stereotyped, grimaces slightly during speech. His greatest complaint is that of lack of internal lucidity, there have been so many misunderstandings, he has not been on a good footing with the professor and this is a source of regret to him. He does not definitely deny the question of feeling of passivity—he feels an internal lack of independence, a desire to imitate the ways of others, but the thoughts of others are not put on him. He was discharged on 11/2/28 as uncured, suffering from schizophrenia.

Further Course. He was first at home, then for six months with some relations, thereupon had work, first as a waiter and then as a chauffeur and has since been quite well and fit to work.

His brother writes in 1934. "He is in all ways healthy, has independent manual work, sells potatoes, sucking pigs and meat, drives his own lorry to Oslo".

Appendiks I

Case 16. O. G. H. born 18/2/1906. Admitted 16/11/1926.
Discharged home 18/12/1926.

Family: Maternal grandmother senile demented, otherwise healthy family.

Temperament and character in childhood and youth. Open and natural as a child, chatty, but did not have many friends. Good temper, but often sensitive. Very clever at school (chief marks 1.8—very good. Among the best).

Onset of the Disease.

About 4 months before admission changed suddenly. Felt shy of others, *thought they laughed at him because he was so funny*. Thoughts went round in his head so he was obliged to stop work. *He stopped talking because he was afraid that he might say something wrong*. Believed that he had "*received into himself another being which put words into his throat and on to his tongue*", he recognises the word of the spirit there and is thus compelled to repeat it. *Believed that all of it was due to his having masturbated*, repented violently of having done this. Apprehension, orientation, memory all in order. Mood on the whole *deprimated, crying*. Expression, changing. Psychomotorically appears strongly repressed, sits for the most part quiet in bed, very motionless. Walks with dragging steps and bent body. Is willing but without spontaneity. Denies having heard voices or seen visions, but has *twice smelt scorching*. In reply to questions regarding physical influence he explains that when he has lain for a while his arm dies and then it begins to tremble. Set expression of face, anxious, perplexed. No catalepsy, no negativism.

Further Course. Discharged 18/12/26 as not cured of schizophrenia. Was for a time at home, improving, but was then put under private care at Lier. Ran away and on 4/1/29 was admitted to Veum Mental Hospital on account of a sudden fit of restlessness accompanied by violence and destructiveness. From the report of the certifying physician (which the medical superintendent at Veum Mental Hospital has kindly placed at my disposal) it appears that after discharge from the Psychiatric Clinic the patient lived with an uncle, and refused to work. In the summer of 1929 his condition became worse and he was sent home to his parents. In the middle of September he went to bed and since then (the information is dated 7/1/1930) he has refused to get up.

Description of the patient in January 1930.

Often jumps out of bed. Does not answer question. Wants to go out and at such times is very restless. Must be fed. 2nd January suddenly became quite rebellious, went berserk, pulled down the stove.

At Veum Mental Hospital he was only treated for 17 days (until 20/1/30) as he became fairly quiet and was then put under private care. He was discharged as uncured with a diagnosis of schizophrenia. In 1931 he ran away from his guardians and made his way home. Since his arrival home in 1931 he has been quite well, according to his mother, and fit for work.

Appendiks J

Case 17. T. H. born 1/5/07. Admitted 27/2/29.
Discharged home 8/4/29.

Temperament and character during childhood and youth. He has always been somewhat quiet and "shut in", but liked to be with friends. Has always been a little weak, easily influenced, *very sensitive and easily offended*. Always gentle, pliable, fine feelings, sociable, natural, well-liked. *Never had lady friends. Clever at school* (at elementary school, very good. Matriculation, very satisfactory).

Onset of the Disease.

After matriculation became backward, failed in the university preparatory tests. Most lately (prior to admission) *absorbed in sexual questions*, sought advice from doctors. Very indiscreet in his questions on sexual matters, inter alia to his sister. Prior to admission he wrote a letter to his landlady in which he asked her to "find a woman". When this was refused he burnt the letter and felt like Luther.

At the Psychiatric Clinic: Blocked, abstracted, talked disconnectedly and staccato to the effect that humanity must change itself, obtain a new outlook on life, anxious inadequate mimicry. Auditively hallucinated, heard voices which came from the brain, it was his conscience which told him that *he had done something wrong*. Greatly absorbed in sexual matters, would like to have a sweetheart, asked the doctor's advice, continually asked for a consultation on this matter. At times he felt an undercurrent which ran downward in his head. *To some extent cloudy*. At first very difficult, latterly more autistic, quiet, without spontaneity, slightly stuporous. Transferred to Dr. Dedichen's Mental Hospital 8/4/29, and was discharged as cured 18/12/29. *The hospital reported* on 18/4/1930 that he improved steadily, was possibly somewhat less even mentally but made such good progress that he was able to be discharged as cured. *Subsequently no relapse*, has passed various very stiff examinations with very good results. Examined by Professor Vogt 7/2/36: Looks well, makes a natural impression, talks openly of his disease.

Appendiks K

Case 24. G. K. born 7/4/1890. Admitted 4/4/28.
Discharged home 17/4/28.

Family: The mother has had a *depressive* period.

Temperament and character in childhood and youth. Sociable, gentle, chatty, liked to associate with people. Often strikingly excited, conceited.

Onset of the disease.

7 years prior to admission to the Clinic he became depressed, anxious, frightened of people, nervous about the future, now and again wished he had never been born, but was not suicidal. The last three years did practically no work, went about in a continual state of restlessness and was somewhat fearful.

At the Psychiatric Clinic. Orientated, quite clear and easy to deal with. Hears whispers a long way off. *Various fancies come to him*, e.g. that he has been loved by an unmarried woman in the district. *He fights on two flanks against powers of good and evil.* Often afraid of being poisoned. Has had a feeling that someone followed him in the lanes with the intention of maiming him. *Felt he was being libelled.* The whispering voices say both good and bad things. Has, *inter alia*, conceived the idea that he is to *preach the word of God*. States that since the age of 20 he has had *periods of despondency*. During the past 7 years he has nearly always been despondent, had some religious doubts accompanied to some extent with *ideas of eternal death*. Says that he has seen many strange things during these years. "There was something from the other side which he saw in a dream". During his stay he showed *no sign of hallucination or feeling of passivity*. The ideas that people wished to injure him completely disappeared, he believed that they only wished to keep him if they could.

Further Course. The patient himself writes on 20/5/33. "I am much better. The nervousness with which I was afflicted has disappeared. I have worked practically every day for two years." *The County Medical Officer* writes that since the patient ceased to be under public care on 15/8/31 he has been quite well.

Appendiks L

Case 36. M. O. born 14/9/02. Admitted 30/6/28.
Discharged 1/8/28 to Lier Mental Hospital.

Family: Mother insane (treated at mental hospital under diagnosis: Schizophrenia).

Temperament and character in childhood and youth. Lively as a child, but always *changeable* in temper, was easily depressed when crossed. Somewhat *irritable* in temper. Fairly clever at school.

Onset of the Disease.

Previously healthy except for a period 4 years earlier. After a love affair he was excited for some weeks, liked to attract attention, made himself somewhat silly, and was laughed at. *Wanted to write something*, in order to attract attention. Otherwise well until 14 days before admission. Was then possessed *rather suddenly* by a *violent feeling of self-esteem* (Sat up all through the night and wrote poetry). The first fortnight *talked incessantly*, with gestures. Did not sleep for a fortnight.

At Psychiatric Clinic. Noisy, *cloudy*, shrieked and knocked at the door. "The spirit forces him to write". He met God during the night. Intends to disseminate his poetry all over the world. Talked *unceasingly* with closed eyes and accompanying gestures. Talked of standing together to carry the country forward. Somewhat loud-voiced, swears and shouts that he is to be at the Clinic *to be tortured so that others may have a good time*. Some days *unwilling to eat as he believed there was poison in the food*. Asserted that he *was inspired* by a young girl to write poetry. Talked of his soul driving him, so that the body moved to orders; "the spirit forces me, you see, and so I cannot remain in peace anywhere". The picture in general was marked by *considerable psychomotoric excitement*, he was *talkative, definitely excited with an enhanced self-esteem*. In his talk he *jumped from one thing to another* and it was seasoned with *poetical phrases*. Owing to persistent restlessness he was transferred to Lier Mental Hospital on 1/8/28. On 15/7/29 the following report was received from this hospital. "At first he was talkative, impulsive, but mostly quiet. In ward D. To some extent angry and noisy at night. Gradually became quieter, "hypomaniac" in his manner, somewhat lacking in critic. Gradually became better with an insight into his disease. Discharged 10/1/29. Diagnosis: Schizophrenia."

Further Course. He resumed his profession as a teacher immediately after his discharge. The *Chairman of the School Board* wrote on 13/2/35. "M. N. is quite well and nothing has been noticed since his discharge from Lier. He has kept school the whole of the time".

Appendiks M

Case 30. P. M. born 1/12/1909. Admitted 4/5/29.
Discharged 5/6/29 to Gaustad Mental Hospital.

Temperament and character during childhood and youth. Easily offended, sensitive, excessively honest, pronounced remorse, conscientious. From age of 13—14 very much "shut in". Very clever at school (chief marks 1.36—excellent). *Chorea* during youthful years.

Onset of the Disease.

The last two years increasingly "shut in", far-away, always in a reverie. Worked a little on inventions. Talked of going to Canada. Would not work. Sat about, whistled and hummed, cold and unfeeling towards his family.

At Psychiatric Clinic.

Set mimicry, negligible spontaneity, impulsive to some extent. Somewhat grimacing. Possessed by *thoughts of masturbation*. Wants to get away from civilisation to Finmark. After a week of quiet conduct he became impulsive, violent with *pathetic-indignant* voice. No spontaneity, negligible natural contact. No feeling of disease. One day became infuriated, deranged, called on God and the Devil, "I know it, I know that I am to be caged". Had periods when he lay with shut teeth, wrinkled face, tightened muscles, trembling, snarling voice. Threw out his arms in a protesting manner. 30/5. Said that he had known for a long time that people did not like him. The latter part of the time was isolated in a single room. Appeared stubborn, unsafe, was in a scolding mood. Transferred to Gaustad Mental Hospital 5/6/29.

At Gaustad Mental Hospital.

Was at first restless, impulsive, passionate, scolding. Could not understand why he was at the hospital. At Gaustad also he was absorbed in the thought that he had masturbated for two years, and he believed that he would be lost if he continued with it. 8/12/30. During conversations he talks naturally and rapidly, smiles naturally but has a far-away "glazed" look in his eyes. Grimaces somewhat. Has a good appetite and gets on well with his work in the main kitchen. He was discharged as *improved* on 7/4/31 and suffering from *dementia-precoc*.

Further Course. Mother writes 26/3/36. "He is better, working ability very good. Has for two years assisted in surveying and valuing farming properties in the county of Aust Agder. Has in all surveyed 10 farms. But although he is clever and good-tempered he is nevertheless unlike people in general. He is exceptionally frugal and industrious, *careless in his dress*, so that it is impossible for us to let him go like that. Even if he could quite well manage for himself we are obliged to substitute new clothes for his rags when he comes home. He does not associate much with other young persons. Everywhere he goes he is praised. Everything seems to us to be well now and he is making progress. But we had a lot of trouble with him when he returned from Gaustad. *At one time he wanted to go to Africa, then to Russia, Canada, south America and every possible place under the Sun.* Then he wanted to buy a business in Oslo, would not give up, borrowed Kr. 2000.00 and lost all of it (understood after 3—4 days that he was not suited to be a business-man and came home again after having obtained a piece of paper which contained a note to the effect that he had sold his share of the business to his partner).